

Année 1972

N° d'ordre 140

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PSYCHOTHERAPIES
DE SCHIZOPHRENES EN MILIEU INSTITUTIONNEL
EN RAPPORT AVEC L'EVOLUTION DE LA DYNAMIQUE FAMILIALE
LORS D'UNE PREMIERE HOSPITALISATION

— A PROPOS DE CINQ OBSERVATIONS —



THÈSE

Présentée

*à l'Université Claude Bernard - LYON I
et soutenue publiquement le 5 Juillet 1972
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
par*

Madame Anny COLLOMB Née COMBRICHON
Le 26 Octobre 1941 à GRANDRIS (Rhône)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Lyon
Interne des Hopitaux Psychiatriques de la région Rhône - Alpes.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552625_0024

Année 1972

N° d'ordre 140

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PSYCHOTHERAPIES
DE SCHIZOPHRENES EN MILIEU INSTITUTIONNEL
EN RAPPORT AVEC L'EVOLUTION DE LA DYNAMIQUE FAMILIALE
LORS D'UNE PREMIERE HOSPITALISATION

— A PROPOS DE CINQ OBSERVATIONS —



THÈSE

Présentée

*à l'Université Claude Bernard - LYON I
et soutenue publiquement le 5 Juillet 1972
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
par*

Madame Anny COLLOMB Née COMBRICHON

Le 26 Octobre 1941 à GRANDRIS (Rhône)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Lyon
Interne des Hopitaux Psychiatriques de la région Rhône - Alpes.

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I^o

U.E.R. MEDICALE GRANGE-BLANCHE

8, Avenue Rockefeller - LYON 8^{ème}

Président de l'Université : J. BOIDIN

Premier Vice-Président : R. TOURAINE

Secrétaire Général : P. IZAUTE

Unités d'Enseignement et de Recherche de l'Université -

MEDECINE : Grange-Blanche - Directeur : Professeur GERMAIN D.
Alexis-Carrel - Directeur : Professeur GIROD C.
Sud-Ouest - Directeur : Professeur TOLOT F.
Lyon-Nord - Directeur : Professeur BERTOYE A.

Biologie Humaine - Directeur : Docteur CZYBA R. (Maître de
Conférences Agrégé)

Techniques de Réadaptation - Directeur : Professeur MOUNIER-KUHN P.

Sciences Pharmaceutiques - Directeur : M. CARRAZ (Maître de
Conférences Agrégé)

Sciences Odontologiques - Directeur : Docteur VINCENT R.

Institut Régional d'Education Physique et Sportive - Directeur :
Pr. MILLON A.

Mathématiques - Directeur : Doyen BRACONNIER

Physique - Directeur : Professeur DUFAY

Chimie et Biochimie - Directeur : Professeur GAUTHERON

Sciences de la Nature - Directeur : Professeur DAVID L.

Biodynamique et Psychopédagogie - Directeur : Professeur
FONTANGES R.

Institut Universitaire de Technologie n° 1- Directeur :
Professeur POUYET B.

Institut Universitaire de Technologie n° 2- Directeur :
Professeur GALLET J.

Observatoire - Directeur : Professeur BIGAY J.H.

Physique Nucléaire - Directeur : Professeur SARAZIN A.

Mécanique - Directeur : Professeur MATHIEU J.

Externat : - Professeur GALY - Professeur LEVRAT
- Professeur MOUNIER
KHUN - Professeur MATHIEU
- Professeur MICHAUD - Professeur RAVAUT
- Professeur ROCHE - Professeur FRANCOIS
- Professeur LARBRE

U N I V E R S I T E C L A U D E B E R N A R D L Y O N

U.E.R. - MEDECINE GRANGE-BLANCHE

THESE de Madame Anny COLLOMB - COMBRICHON

C O M P O S I T I O N D U J U R Y

MM. Pr. GIRARD P. (Président)	U.E.R.	SUD-OUEST
Pr. ROCHE	U.E.R.	ALEXIS-CARREL
Pr. COLIN	U.E.R.	GRANGE BLANCHE
Dr. GUYOTAT	U.E.R.	ALEXIS CARREL
Maître de conférence agrégé.		

Invité : Dr. POUGETOUX - Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
Hôpital de Bassens.

" La schizophrénie ne peut-être comprise si on
ne comprend pas ce qu'est le désespoir -"

S. KIERKEGAARD

Traité du désespoir

- A MES PARENTS,

- A JACQUES ET A NOS ENFANTS,

- A CHRISTINE,

- A ALAIN, MARGARETH et LAURE,

- A MA FAMILLE,

- A MES AMIS,

EN TEMOIGNAGE DE MON AFFECTION.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. GIRARD,

qui a accepté avec bienveillance de présider notre jury. Nous l'en remercions vivement, et lui exprimons tout notre respect et notre gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR L. ROCHE,

Nous avons eu la joie et l'honneur de travailler dans son équipe et de voir se dessiner notre orientation psychiatrique dans le service d'urgence et de toxicologie qu'il a réalisé avec tout le dynamisme, l'esprit communautaire dans la multidisciplinarité, et le sens des relations que nous lui connaissons - Nous lui en sommes profondément reconnaissante.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COLIN,

qu'il reçoive ici notre gratitude et notre admiration pour l'enseignement original et plein d'humour qu'il nous a prodigué, pour son sens de "l'humain" et tout le dynamisme lucide qu'il diffuse dans le domaine social

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUYOTAT,

dont la finesse d'analyse, et l'exemple de sa "praxis" ont participé à notre ancrage dans la voie psychiatrique. Il nous a conseillée et encouragée dans la démarche spécifique de notre travail - nous lui disons notre merci.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. POUGETOUX,

qui nous a permis de réaliser ce travail dans son service - nous lui disons notre reconnaissance et notre admiration pour la conscience, la rigueur scientifique et le goût de la recherche dans de multiples domaines, qu'il nous a fait partager.

- A tous les Médecins des Hôpitaux Psychiatriques de PRIVAS et de BASSENS, qui ont guidé notre enseignement, qu'ils trouvent ici l'expression de notre gratitude.

- Aux participants des équipes médico-sociales et administratives du service du Dr. POUGETOUX,

qui nous ont permis de réaliser ce travail, commun, dans un climat de compréhension et de sympathie, au service des malades.

I - I N T R O D U C T I O N

=====

La sympathie toute particulière que nous éprouvons pour ce révolté inadapté certes, que représente le schizophrène, a donné toute l'impulsion de ce travail; contestataire absolu et désespéré face à sa famille, face à la société et à l'environnement, il laisse peser une lourde interrogation quant à l'origine du développement de ses troubles, quant à la thérapeutique proposée, et même quant à la validité de cette entité nosologique (LAING - COOPER).

La schizophrénie a en effet été l'objet de multiples travaux; divers modes d'approche depuis la fin du XIX ème siècle ont conduit à en aborder l'aspect familial et institutionnel :

MOREL, KRAEPLIN et BLEULER, à la fin du XIX ème siècle, dégagent l'aspect nosographique, puis MINKOWSKI met l'accent sur son aspect existentiel et phénoménologique en 1926; le courant analytique ne néglige pas cet aspect fondamental du trouble mental - Ainsi FREUD puis d'autres collaborateurs à sa suite, après 1930, recherchent une explication des psychoses à l'aide de la théorie analytique (plus particulièrement du délire) puis envisagent divers aspects thérapeutiques.

(M. KLEIN, NUNBERG, NACHT, LACAN, SCHECHAEYE)

Il faut attendre 1943, avec LEVY, FROM REICHMAN, ROSS, KHAMER, pour approfondir l'aspect relationnel présidant à ce syndrome dissociatif, et le rôle joué par les familles dans la genèse de ces troubles (Cf. articles de DELAY, DENICKER et GREEN) -

- 4 -

La biochimie, la génétique et la neurophysiologie ont aussi apporté leur contribution, dans l'espoir de trouver un support organique à cette maladie - mais là aussi, nous ne rencontrons pas de résultats démonstratifs (travaux de BERZE - MEADOW - SCHNEDER - BOVEN -)

Plus récemment, les travaux sur l'aspect institutionnel de la psychothérapie des psychoses (WOODBURY - D. GEATCHEAN - BRUNO BETTELEIM - RACAMIER - H. VERMOREL, HENRY) ont ouvert une brèche dans la compréhension et la possibilité de guérison de la schizophrénie par les leviers du groupe et de la famille.

Actuellement donc, nous ne pouvons adopter pour l'étiologie, l'hérédité, la thérapie de la schizophrénie, qu'une optique multifactorielle - ainsi notre travail n'est-il qu'une parcelle ajoutée à la pierre de touche que représente le malade hospitalisé et sa famille, dans ses premiers rapports avec l'institution, sensibilisées que nous sommes historiquement à ces problèmes, et aidées par un mode d'approche analytique.

Circonstancielllement, notre travail a pris corps avec l'arrivée dans le service d'une vague de jeunes schizophrènes, hospitalisés pour la première fois, lors de l'introduction dans la réalité professionnelle pour certains, à la suite de prise de drogues dites mineures pour d'autres - (3 cas - nous rappelons que "les Savoies" constituent géographiquement un lieu de passage pour les trafiquants de drogue à destination de la Suisse, dans l'axe Marseille - Lyon - Genève ; lieu où les consommateurs usuels peuvent trouver un ravitaillement régulier -)

Nous n'avons retenu sur 15 de ces entrées que 5 cas très caractéristiques où nous avons pu entreprendre un

travail plus en profondeur en milieu institutionnel avec les familles, dans cette première phase de prise de conscience de la maladie mentale et de ses répercussions psychologiques sur "l'équilibre" familial -

✓

II -

M E T H O D O L O G I E

I°) Conditions de l'expérience :

- Le matériel -

Il se compose donc de 5 malades, hospitalisés pour la première fois en milieu psychiatrique et de leur famille que nous rencontrerons régulièrement : 4 jeunes gens et 1 homme de 40 ans, entrés à la même période. Les origines sociales sont diverses :

- 2 d'entre-eux sont issus de familles rurales
- 1 de famille ouvrière
- un autre est un émigré Italien et,
- le dernier de famille bourgeoise, est d'un niveau moyen et exerce le métier de cuisinier -

- Les observations ont été classiquement structurées en résumant dans chacune les motifs de l'hospitalisation, les critères de diagnostic correspondant au concept de schizophrénie - puis l'approche des parents et la relation 'parents - institution - malade - thérapeute -' est analysée plus loin. Enfin, les conclusions thérapeutiques permettent d'achever ce chapitre du traitement hospitalier.

Cette séparation artificielle est nécessaire pour la clarté de l'exposé, mais dans la pratique de l'hospitalisation du malade et au cours même de la première étape d'observation, la phase thérapeutique est déjà engagée, et on ne peut objectivement distinguer : période diagnostic et période thérapeutique. Même la plus grande neutralité n'empêche pas la "métacommunication" de "passer" en deça de la communication verbale.

- LE MILIEU INSTITUTIONNEL :

- cadre de notre travail, est un service de l'Hôpital Psychiatrique de Bassens, fonctionnant sur un mode traditionnel, mixte au niveau du personnel, et dans un des pavillons (service libre) en ce qui concerne les malades - Des réunions de service hebdomadaires fonctionnent, en rapport avec des réunions pavillonnaires.

Nous précisons que nous n'avons pu réaliser de rencontres régulières (type "réunion de parents") entre les familles de psychotiques, du fait de la dispersion géographique et de l'échelonnement des entrées; toutefois, les familles ont pu participer isolément à des entretiens collectifs.

(On notera par la suite, dans notre travail de post-cure, un rapprochement de ces parents de schizophrènes qui se "sont déjà rencontrés à l'Hôpital" et même on assiste à la constitution d'un groupe de parents dans ce dispensaire : une première réunion a en effet été réalisée -)

- Des mutations d'un pavillon à un autre ont toujours été possibles -

- Nous rappelons au passage combien nos conditions de travail en milieu psychiatrique publique sont difficiles; combien cette structure traditionnelle est pesante et lente dans ses démarches qu'elles soient thérapeutiques ou administratives, - combien est grande la carence en personnel soignant, et en thérapeutes (Internes, Assistants) -

Cet ensemble peut constituer un assujettissement considérable et préjudiciable à toute mise en place de techniques nouvelles, mais aussi, n'est-il pas une incitation à la recherche de solutions différentes pour assouplir ces structures, voir même provoquer leur dissolution (sauf pour la défec-tologie peut-être), favoriser un éclatement et la constitution d'équipes intégrées à la dynamique des Services Généraux Médicaux et Chirurgicaux - C'est du moins une évolution que nous observons actuellement. Ou encore, peut-on donner une importance majeure à la sectorisation qui "vidant les Hôpitaux Psychiatriques" entraîne l'extinction de cette pesante organisation que représente l'Hôpital Psychiatrique.

- Les traitements neuroleptiques furent institués nécessairement pour permettre un abord psychothé-rapique individuel et collectif - l'ergothérapie ne fut pas négligée pour l'un d'entre eux, comme incitation à la réalité.

- D'autre part, faisant suite à la phase d'hospitali-sation, le malade est pris en charge dans le secteur où il sera suivi par des Infirmiers-visiteurs, ou appelé en consultation dans l'un des dispensaires de la région, où nous pourrions assurer la continuité des soins (4 malades sur 5 auront ainsi régulièrement, avec leur famille, des entretiens mensuels avec le thérapeute qui avait assumé la première phase hospitalière) -

Le secteur en Savoie fonctionnait implicitement bien avant l'arrêté légal imposant son application - Ainsi, depuis environ 10 ans, les structures sont-elles mises en place et bénéfiquement utilisées sur un rayon de 100 Kms.

- Le RECUEIL de l'INFORMATION

s'est effectué par la prise de notes aussi complètes que possible, relatant l'expression verbale, gestuelle et mimique du malade et des participants, des interventions, après l'entretien ou la réunion -

Nous aurions dû compléter ce système scriptural d'observation par l'enregistrement sur bande magnétique, donnant une information verbale absolument fidèle, mais nous n'avons pas à notre disposition ce matériel de travail -

- CONTROLE DU THERAPEUTE -

Ce contrôle que nous souhaitions extérieur à l'institution n'a pu être réalisé pour cette expérience précise, mais nous en avons vécu toute la nécessité : n'étant pas analysées nous-même, nous n'avons pu nous dégager à certains moments d'une implication personnelle dans laquelle nous entraîne la relation avec le malade, et où nous précipitent certains mouvements des familles - Ainsi, dans l'exemple plus particulier de la famille C-, nous aurions pu percevoir plus rapidement l'angoisse que nous ressentions à rencontrer régulièrement ce "clan familial" et bénéficier ainsi d'une plus grande distance, évitant certaines défenses sur un mode agressif, ou une inhibition dans les phases de blocage de la relation, et offrant par là même, un rendement meilleur et plus objectif.

2°) - Le Psychotique et l'institution - Interactions -

Nous rapporterons ici les conclusions d'un grand nombre de travaux sociologiques et psychopathologiques, consacrés à l'étude de l'institution (depuis BALVET - H. SIMON - WOODBURY - RACAMIER - GOFFMANN) qui tentent de saisir "l'interaction

dynamique entre l'organisation psychotique et les organisations institutionnelles et en montrant bien la résonnance (RACAMIER "Psychanalyste sans divan")

L'institution psychiatrique a répondu à la nécessité de traiter la maladie mentale - mais cette structure créée dans un but thérapeutique peut-être déviée de ses fonctions pour une multitude de raisons, et devenir facteur d'aggravation et de détérioration - elle est à la fois effet et cause.

Née dans une structure générale cartésienne, la conception médicale de notre "vieux monde" s'inscrit dans l'épanouissement du rationalisme qui partage, analyse, divise -

Cette conception se retrouve à tous les niveaux de l'institution, et s'apparenterait à la polarité schizomorphe du régime de l'imaginaire (Gilbert DURAND - Les structures anthropologiques de l'imaginaire) où les représentations de la pensée sont isomorphes, rigides, géométriques, antithétiques : c'est le "régime diurne" -

- A celui-ci peut s'opposer ce que G. DURAND nomme le "régime nocturne" ou encore, polarité mystique du régime de l'imaginaire, qui tente d'unir, d'apaiser, d'approfondir.

- C'est de ce fonctionnement nocturne que relèverait plus nettement l'organisation sectorielle qui tend à assurer continuité dans la prise en charge, et harmonie entre les différents moyens thérapeutiques -

- Avec plus de vigueur et de véhémence, M. VERMOREL et H. VERMOREL écrivent en 1966 :

" Tout se passe comme si les Hôpitaux Psychiatriques n'avaient point été créés par des Médecins ou des Administrateurs, mais bien par des Schizophrènes"

Différents écueils dans la pratique institutionnelle courante sont donc à connaître et à contourner ou à surmonter, tout particulièrement avec les psychotiques, pour éviter qu'ils ne servent à l'entretien des processus pathologiques, mais soient utilisés comme source de progrès pour les malades et l'institution.

- a) - A la peur du contact vital et désintégrant à la fois qu'éprouve le schizophrène, correspond sa facilité à multiplier et préférer les relations diffuses et impersonnelles pour éviter la relation individuelle évaluée comme trop dangereuse pour le moi - Ainsi, peut-on se laisser prendre au piège de l'indifférence schizophrénique et y répondre par la même indifférence institutionnelle opposée en défense, ce qui aura pour résultat de confiner le malade dans son autisme. C'est pourquoi, avec LEBOVICI, RACAMIER, nous soulignons la valeur des techniques de groupe permettant de façon contrôlée la "diffusion du transfert", et la valeur médiatrice du médicament.
- b) - Un autre mécanisme prévalant chez les schizophrènes, "phénomène de projection scissionnelle" (RACAMIER) est mis en oeuvre, non seulement à l'intérieur de sa propre personnalité ("je suis bon - et mauvais") mais encore rejaillit sur l'entourage proche, familial, ou sur le groupe soignant, visant à diviser et à opposer les différents membres de l'équipe ou les équipes entre-elles, les thérapeutes entre-eux, en clans bons et mauvais; ceci occasionne de nombreuses tensions internes entre les membres de l'équipe, qui toute occupée à ses conflits, permet au malade de se retrancher dans son moi autistique.

Selon l'expression de WOODBURY (1966), le phénomène de projection scissionnelle n'a pas qu'une implication négative, mais aussi "un aspect progrédiant et des potentialités restructrices, pourvu que la scission soit traitée dans le milieu même où elle a été injectée" - Il faut donc pouvoir réaliser une véritable cure scissionnelle à l'intérieur du groupe soignant de l'institution pour être à même de maîtriser les forces de division existant dans le moi psychotique.

- c) - La nécessité de réaliser une "distance objectale" pour le psychotique est fondamentale - (pas trop proche car elle risque d'être étouffante, envahissante; pas trop distante, car elle sera "indifférence" donc intolérable pour le schizophrène).

L'institution devra veiller à cet aménagement pour éviter des comportements pathologiques engendrés par cette interaction malade - institution.

- Ainsi voit-on la nécessité de travailler à plusieurs, pour apprécier de façon nuancée et diversifiée -en fonction de la personnalité de chacun- le schizophrène, et ses divers mouvements d'investissement et de désinvestissement des thérapeutes qu'il effectue pour maintenir sa distance objectale, oscillant entre la fusion et la rupture totale.
- De même, percevons-nous la nécessité de s'appuyer sur une composition réelle et permanente de l'équipe institutionnelle (changements de médecins ... rechute des malades etc...)

- d) - Une "désafférentation" s'opère inévitablement en milieu hospitalier, par la privation des excitations affectives,

sensorielles et sociales, entraînant un nivellement des manifestations de la personnalité, dans ses activités spontanées et ses déviations pathologiques -

- ceci est particulièrement vrai quand on observe de vieux malades schizophrènes dégradés et si stéréotypés dans leur activité et leur expression - Il est donc indispensable de favoriser toutes les stimulations pour enrayer "l'asphyxie , l'écrasement des personnalités dans un processus d'entraînement pathologique, ou un processus de distorsion" (pouvant accentuer encore les distorsions psychotiques, en les portant ainsi à un niveau collectif).

RACAMIER (Psychanalyste sans divan) met l'accent sur le cercle vicieux auto-entretenu que peuvent constituer ces relations malade institution, lorsque l'interaction s'effectue sans contrôle au plan le plus régrédient.

" Ces processus réciproques ou circulaires, qu'ils soient graves ou qu'ils le soient moins, consomment en pure perte de grandes quantités d'énergie et entraînent beaucoup de privations et de souffrances, pour les malades, et aussi pour les soignants et les médecins".

3°) - PREMIERE APPROCHE DES PARENTS DE PSYCHOTIQUES -

En référence à un numéro récent de l'information Psychiatrique consacré à l'approche des familles de psychotiques, dans le cadre institutionnel réalisé par P. RACAMIER et son équipe, nous avons adopté pour nos observations la méthodologie suivante :

- a)- Dans ce premier temps de la première hospitalisation va s'effectuer la phase d'engagement thérapeutique et de mise en situation thérapeutique -

--- Le recueil des premiers renseignements sur la maladie et le malade sera d'une grande importance, et donnera un premier "flash" sur cette famille où le "non dit" est souvent plus "révélateur des conflits secrets, des blessures, des interdits" que ce qui est exprimé avec étalement -

--- La connaissance de la dynamique familiale, travail de longue haleine, et perçue dans son ampleur seulement après de longues années de soins, sera acquise avec le malade et avec sa famille, conjointement.

POUR LES PARENTS, il s'agira d'éviter les blessures et contradictions narcissiques (s'ajoutant encore à celle de la maladie de leur enfant) pour les aider à admettre la psychose, à travers leurs mouvements divers,

- de culpabilité (ils se rendent responsables de cette maladie)
- d'angoisse, d'appel à l'aide, de recherche d'une sécurité à laquelle nous pouvons répondre par une attitude d'apaisement, " de maîtrise de la situation" tout en échappant au piège de la toute puissance dont ils voudraient nous investir, image dangereuse d'illusions narcissiques -

POUR LE MALADE, il faudra veiller à démasquer les "mécanismes de projection scissionnelle", visant à opposer les mauvais parents au bon thérapeute et à manipuler, avec habileté, les membres de l'équipe soignante entre-eux, en rapport avec d'autres groupes.

b) - Puis, nous analyserons les relations diverses établies, le rôle de la collectivité et de la médiation :

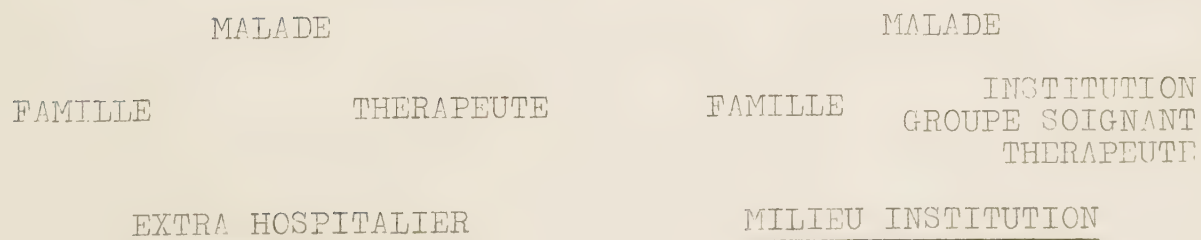
- au sein de la famille
- de la famille et du malade,
 - avec l'observateur
 - avec le groupe soignant

dans ses aspects transférentiels et contre transférentiels.

c) - CONCLUSION :

Nous rappellerons enfin que :

- Dans la thérapie d'un névrosé, tout se passe dans une relation duelle :
 - thérapeute / malade -
- Tandis que dans la thérapie des Psychotiques, même si la relation à deux existe (malade - thérapeute), elle implique nécessairement plus de deux personnes; elle entraîne avec elle :
 - le groupe familial d'où le malade est issu,
 - le milieu institutionnel si le malade est hospitalisé - puisqu'il vit constamment dans ce cadre hospitalier, en contact permanent avec les équipes et les autres malades.
 - la triangulation s'établit ainsi :



- Ainsi, ne peut-on ignorer les parents dans la psychothérapie des psychoses, à l'opposé des psychothérapies des névrosés d'inspiration analytique, où la situation évoluera d'elle-même. Mais on ne peut pas non plus s'occuper en priorité des parents qui expriment la demande en supposant que le malade ne formule pas de demande de soin, en posant comme justification que le milieu ambiant évoluant, le malade ira mieux. Tout au plus peut-on aménager la réalité entre les parents et le malade en se posant comme médiateur.

- le problème capital pour les familles se situe au niveau du narcissisme - Le psychotique est d'un narcissisme très pauvre, et développe d'importantes ressources narcissiques pathologiques qu'il exerce sur son entourage, créant une pression très forte sur son milieu familial, qui réagit avec son propre narcissisme.

La psychose constitue donc la blessure narcissique par excellence pour les parents, blessure car leur enfant est malade et ils ne peuvent le guérir, blessure vive malgré les bénéfices secondaires inconscients qu'ils retirent de cette maladie. Nous le voyons dans la justification et la rationalisation des troubles : au travers des accusations mutuelles entre les parents de la responsabilité de la société -

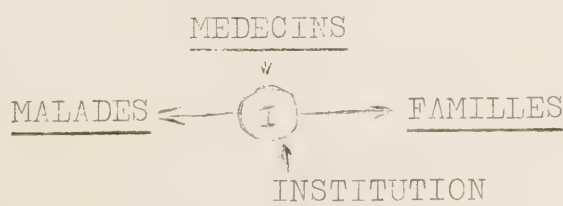
L'hospitalisation de leur malade confirme en quelque sorte leur impuissance et leur culpabilité. Aussi, ne sommes nous pas étonnés de voir naître les sentiments de perte, de dépossession, de jalousie vis-à-vis du thérapeute, chez ces parents de schizophrènes (en particulier chez la mère, la plus souvent concernée : l'enfant est sa propriété narcissique, bonne et mauvaise à la fois - mais indispensable : c'est la symbiose).

Aussi, malgré la demande explicite de guérison qu'ils nous adressent, ne souhaitent-ils profondément qu'un aménagement des relations, un accommodage qui remettra en leurs mains leur objet manipulable, et non une guérison réelle qui leur rendrait une personne réelle, autonome -

Cette résistance à la thérapeutique visant un remaniement profond se rencontre aussi chez le psychotique qui ne tient pas tellement à changer, conformément à la formulation "non dite" de son entourage; une situation conflictuelle ne peut que jaillir, écartelant encore le psychotique entre cette demande de l'institution, du thérapeute et la demande familiale.

- Pour le thérapeute lui-même, l'investissement narcissique engagé dans le traitement des psychotiques est considérable, et met à rude épreuve son économie psychique, qualitativement et quantitativement dans le temps; il risque de s'engager dans la dialectique "bons parents" en opposition aux "mauvais parents" réels - situation dont il peut retirer quelques satisfactions, mais inévitablement préjudiciable au patient à long terme, car le malade saura tirer maints profits de cette rivalité, afin de se maintenir dans son organisation psychotique -

- Les infirmiers, réservoir narcissique, où le psychotique pompe quotidiennement, où les parents s'alimentent, tout en les considérant comme des servants, (le plus souvent, l'infirmier est le personnage le plus proche des parents et du malade - fréquemment, il joue un rôle de médiateur et de modèle) sollicités d'approuver et de "servir fidèlement" les médecins, se situent donc sur une plaque tournante :



risquent ainsi de faire les frais des blessures narcissiques de chacun et de se sentir dévalorisés dans leur fonction de soignants. Les relations nouées avec les psychotiques ne sauraient être thérapeutiques dans un tel contexte.

- Notre travail relatant des faits et un vécu clinique reste limité et n'envisage qu'un aspect des relations de l'institution avec le schizophrène et sa famille -

--- notre champ d'action a été à la fois favorisé par les circonstances temporelles (entrées successives en quelques mois de jeunes schizophrènes) et restreint en raison de notre choix, celui d'une première hospitalisation -

--- Nous aurions souhaité d'autres possibilités de travail nous libérant plus pour cette absorbante thérapeutique, mais, en Hôpital Psychiatrique, nous ne pouvons négliger actuellement le sédiment de "défectologie" ni les sollicitations de nombreux autres malades- (alcooliques - dépressifs etc...)

- C H A P T E R I I -
=====

- O B S E R V A T I O N S -
=====

N° I- Mr. B- René 41 Ans -

L'observation de Mr. B- s'étend en milieu hospitalier sur une période de 1 mois - d'Août à Septembre 1971 et de 6 mois en consultations au dispensaire (1 consultation par mois).

) Motivations de

l'hospitalisation - Il est admis dans le service, dans une atmosphère assez dramatique : le Carrossier chez qui il travaille depuis 2 ans s'inquiète depuis quelques jours de son mutisme, de son agressivité - trois jours durant, il restera anragmatique, dans son atelier, refusera son salaire en fin de mois; sa situation familiale n'est pas claire pour son patron; est-il divorcé (il verse en effet une pension régulièrement) a-t'il des enfants ? -

Son patron se décide alors à demander l'internement au Médecin traitant requis. Aussi, voyons-nous sa femme protester avec véhémence le lendemain contre cette hospitalisation arbitraire, et prendre son mari à partie -

) Critères de diagnostic -

Mr. B- grand, musclé, bel homme, peu sensible en apparence à l'inquiétude de son employeur et des ambulanciers, garde une attitude méfiante, réticente, un sourire crispé.

Dans le dialogue qui s'engage à l'admission et les jours suivants, la pensée est floue, il répond à côté, exprime des sentiments d'étrangeté, de transformation du monde extérieur.

" Je ne sais pas pourquoi je suis là, une ambulance est venue, c'est tombé sur moi ... ç'aurait bien pu être un autre ... "

" Il y a eu une déchirure dans le ciel, sur le toit de l'atelier, tout le monde est devenu blanc, c'est pour ça qu'on n'a pas dû trouver ma réaction normale ... "

Le discours est lent, entrecoupé de barrages, de sourires immotivés. Le ton est celui des confidences mais avec une distance affective extrême.

Un syndrome d'influence apparaît, avec réciprocité envers autrui :

" Si les gens devinent ce que je pense, moi je les fais pâlir quand je passe en vélo dans la rue. J'ai remarqué, sans me l'expliquer d'ailleurs."

Cette puissance projective prend corps dans une ébauche délirante mégalomane quant à son travail, appui rationalisant à son comportement :

" Je vais si vite dans mon boulot que les autres ne peuvent pas me suivre, alors, je suis obligé de m'arrêter ... "

Sur sa vie familiale, il est peu loquace; il a quatre enfants, s'entend mal avec sa femme et vit avec eux.

Nous sommes donc en présence d'un état schizophrénique aigu, et les entretiens avec Mr. B- et sa femme nous apprendront que la rupture du contact social et l'évolution

du syndrome schizophrénique remontaient à huit ans.

L'histoire de Mr. B- s'articule donc de la façon suivante :

- Il vit jusqu'à son mariage dans une famille d'agriculteurs déjà marquée par la pathologie mentale : - une tante se suicide alors qu'il était enfant.
 - son père est alcoolique
 - une soeur traitée à Bassens depuis 10 ans, pour une schizophrénie à forme catatonique.
 - Il se marie avec une aide soignante au retour du régiment - "son caractère était déjà renfermé, solitaire" Trop gâté par sa mère dit sa femme; il devient jaloux à la naissance des enfants :
- QUATRE ENFANTS : un fils aîné 17 ans
 une fille 16 ans
 un fils 13 ans
 une fille 12 ans

Scolarité sans problème -

- Chaudronnier de son métier, il monte une Section Syndicale (poussé par les anciens, par méchanceté dit sa femme ... tête de turc)
se fait renvoyer lors d'un affrontement syndical et passe en Conseil de Prud'homme où son patron ... et ancien ami (on retrouve ici toute l'ambivalence du schizophrène) doit lui verser 1.000 Frs. il y a 8 ans.

A cette période de rupture du contact social fera suite une période de rupture familiale :

- il ne mange plus à table avec sa femme et ses enfants et s'aménage une distance en prenant ses repas à l'usine ou en dehors des horaires familiaux -
 - il ne donne plus d'argent à sa femme (qui d'ailleurs voit s'accumuler l'argent liquide de ses paies dans les poches de son pantalon sans prélever le nécessaire) qui demande un recours au tribunal. Une pension lui est versée mensuellement et son travail d'Aide Soignante en clinique permet à la famille de subsister et de payer les traites de la maison neuve qu'ils ont achetée et occupent -
 - il ne supporte pas les enfants, crie, passe à l'acte "casse tout à la moindre contrariété" ... "alors tout le monde se taisait quand il était là"-
- Seul un contact vivace persiste avec la plus petite fille qu'il cajole - ... celle qui ne s'oppose pas -
- Sa femme refuse tout contact avec lui et, depuis quatre ans ils n'ont plus de relations sexuelles - lui ne les recherche pas.
 - les fugues sont fréquentes et n'inquiètent pas outre mesure la famille.

Il semble donc que, petit à petit, la situation s'est dégradée, que son isolement progressif et pathologique a été sinon encouragé, du moins respecté avec indifférence, et que "la famille" (le bloc: mère enfants) supporte ce corps étranger, parasite, pénible à certains moments, mais qui par son absence leur permet de vivre leur relation mère-enfants.

Tout au plus, l'avait-on trouvé déprimé et bizarre, il y a un an, et fait consulter un médecin généraliste.

III-ère approche de la famille de Mr. B-

- Seule Mme B - . entrera en relation avec le groupe soignant et le thérapeute.
- Les parents âgés ne se sont pas manifestés ni par leurs visites, ni par leurs lettres à Mr. B- Sa femme sera l'intermédiaire avec le groupe parental (Père - Mère - Soeur)
- Les enfants, soigneusement protégés par leur mère verront l'interdiction de pénétrer dans "l'asile" se lever au cours de la thérapie conjointe, et pourront reprendre contact avec leur père. Ils éviteront soigneusement toute rencontre avec le groupe soignant, réalisant ainsi le désir inconscient de la mère.

Notre première rencontre avec Mme B- a lieu le lendemain de l'hospitalisation de son mari - c'est une grande femme blonde, d'allure dynamique - très vindicative et virulente devant cette "hospitalisation arbitraire" qu'elle n'a pas décidée elle-même (elle était au travail et a été totalement scotomisée par l'employeur)

- Sa culpabilité très intense se manifeste par cette bouffée agressive à l'encontre du milieu de travail de son mari et à notre égard :

" il est à l'asile maintenant, que vont dire les gens ..."

Cette réaction de prestance se brise; l'angoisse, l'appel à l'aide font surface, et un dialogue conjoint-thérapeute-équipe soignante, permet de recueillir les premiers renseignements concernant :

I°)- L'appréciation de la maladie de Mr. B-

Celle-ci est étonnement bien supportée et scotomisée depuis des années : il va, vient, travaille, dîne sans explications, et comme on redoute ses actes impulsifs, on l'isole dans son silence -

"Il était devenu un peu plus bizarre, sournois et personnel ..."

- Ce changement d'attitude a plus été interprété par cette femme comme un rejet (elle envisageait une procédure de divorce, supportant de plus en plus difficilement l'indifférence de son mari - elle précise qu'elle n'avait aucune relation avec d'autre partenaire) que comme une évolution pathologique (ce qui aurait culpabilisé son propre rejet de son conjoint).

Elle brosse le tableau de leur vie commune, mais ce n'est qu'après des entretiens répétés que l'on découvre qu'il se retranchait dans son mutisme pendant des semaines

entières dix ans auparavant, qu'il faisait des fugues inexplicables, et le poids du "non dit": leur incommunicabilité conjugale et son agressivité passive qui en découlait.

2°)- La dynamique familiale nous est rapportée avec une agressivité notable par la femme :

- Les parents :-le père qui est alcoolique ne s'est jamais occupé de son fils .
- la mère est débile - elle l'a trop couvé.
- la soeur malade mentale.

Le malade verbalise très peu au sujet de ses parents et ne nous permet pas d'avoir une vue objective à ce sujet.

- Avec ses enfants :

Il supporte mal l'indépendance des aînés -

Relation privilégiée avec la plus petite -

- Rupture du dialogue avec sa femme.
- Noyau monolithique mère-enfants isolant et rejetant le père.

3°)- Analyse des relations -

--- Avec l'observateur : après une phase agressive, devant notre attitude neutre et sécurisante, Mme B-

s'engage dans une phase d'identification au thérapeute : elle demande des explications sur le fonctionnement hospitalier - cherche à comprendre le vécu de son mari, et sollicite les conseils concernant son attitude avec son mari - encourage son mari à suivre la thérapeutique médicamenteuse et engage une relation plus nettement maternelle et tendre avec lui - (ils ne s'étaient pas embrassés depuis cinq ans).

---Avec le groupe institutionnel:-

- protégeant l'homme malade, objet de ses soins, il s'engage dans une condamnation de cette femme destructrice - (contre transfert immédiat par rapport à cette femme agressive) "qui a laissé son mari se dégrader ... voyez plutôt son état vestimentaire : pull troué, même pas de pantoufles ..."

attitude qui la culpabilisera à outrance les premiers jours.

- puis un contre transfert s'établira à l'encontre de Mr. B-, face aux résistances qu'il nous oppose (mutisme, apragmatisme, refus du traitement) - s'identifiant à la femme, l'équipe comprendra mieux son attitude de rejet, et avec elle s'engagera dans une perspective plus relationnelle :

- on parle avec eux
- on facilite les horaires rencontres
- on l'incite à l'habiller mieux .

Elle reprend en considération cet homme.

- les tentatives de récupération et de manipulation poseront inévitablement des problèmes à l'équipe soignante :

- pour garder son mari ... objet ... elle s'opposera à ce qu'il se mêle aux autres malades, l'encourageant à se confiner dans sa chambre - demandant son plateau pour qu'il ne participe pas aux repas en commun.

- Lui, persistera dans sa passivité et sa position de retranchement durant tout son temps d'hospitalisation, encourageant le contre transfert global de l'équipe qui souhaitera rapidement "sa remise dans le circuit".

CONCLUSIONS THERAPEUTIQUES ;

Il s'agissait pour ce malade de briser le cercle vicieux de l'isolement et de la dégradation des relations familiales et paternelles. Le stress de l'hospitalisation en H-P, et l'ébranlement dynamisé par la thérapie conjointe avec sa femme ont permis une réintégration dans son milieu familial et de travail au bout de un mois. Nous avons pu ainsi le voir évoluer au cours des visites de dispensaire, où sa femme l'accompagne régulièrement, reconnaît la symptomatologie schizophrénique de son mari et note les progrès.

Le système de communication familiale se rétablit. La fille aînée organise les repas en commun et participe au traitement de son père sur un mode de complicité.

Le contact avec Mr. B- est plus facile, et il s'exprime avec spontanéité.

- L'automatisme mental et l'ébauche de délire de grandeur sont gommés et critiqués - il assure son travail normalement.- Son traitement neuroleptique est diminué au maximum.
- L'évolution se fait donc en faveur d'un aménagement de la réalité, notamment dans l'institution, d'une prise de conscience de la maladie encore bien infime.

Notre liaison amorcée pendant le bref séjour hospitalier et poursuivie par les consultations extra hospitalières permettra une action thérapeutique plus active et intense en cas de nouvel épisode aigu schizophrénique.

N° 2- Mr. U- 17 ans -

Antonio U- 17 ans, suivi depuis deux ans par un Psychiatre privé, le Dr X-, est entré dans le service le 1^o Janvier 1972, et a été traité pendant un mois et demi puis, compte tenu de sa relation préférentielle pour le Dr X- renvoyé à ses bons soins.

Motivation de

l'hospitalisation - Critères de diagnostic -

Depuis Juillet 1970, nous dit le Dr X- dans son certificat de placement volontaire, Antonio U- présente un tableau psychotique sub aigü, évoluant par poussées. Cet épisode a débuté par un état d'agitation anxieuse, avec insomnie, propos peu cohérents, thèmes persécutifs et flous et de petits signes de la série dissociative - mais l'abandon de la chimiothérapie entraîne une recrudescence des troubles, avec agitation importante, raptus agressifs.

Nous voyons en effet à l'entrée, un garçon de 17 ans, au physique d'homme, type méridional, accompagné par son frère aîné, peu loquace et pressé de se libérer de cet angoissant fardeau -

A une attitude de réticence, succèdent des propos discordants, flous, entravés de nombreux barrages, de sourires immotivés.

Une angoisse massive englobe son expression corporelle, son regard, et il nous livre des sentiments

de transformation corporelle, teintés d'une culpabilité sexuelle importante :

" Avec une fille on avait 7 ans, on a fait des jeux interdits.... depuis, j'ai trop grandi, regardez mes genoux, ils sont si gros Je vois mal de loin à cause de ça et j'ai eu des accidents pour ça -

- Elle est là je crois je l'ai vue .. non elle doit être à Milan je crois toujours la reconnaître dans la rue -
"C'est moi qui suis cause de sa dépression nerveuse..."

- "Plus tard, à 10 ans, c'est un homme qui m'a fait faire des choses dans un bois ... Je lui ai cassé la figure."

Pendant quelques jours, l'agitation anxieuse persistera, entrecoupée d'actes impulsifs (brusquement il se lève, rejette sa chaise à terre - ou il met la radio au maximum de sa sonorité - menace les infirmiers "de leur casser la gueule...") d'éclats de rire violents et irraisonnés - Les phases de mutisme étrange et de repliement sur soi font place à des périodes de demande affective, de réassurance, dans une tentative de reconstruction du moi morcelé et de retour à la réalité - 20 fois par heure, il demandera s'il n'est pas un géant, Si la fille n'est pas dans le pavillon, s'il maigrira etc...

Puis, en quinze jours, la détente s'amorce et une critique encore mal assurée s'ébauche.

- Au travail, au Casino, je croyais que tous les gens me regardaient, parlaient de moi; que mon corps était trop gros mon sexe surtout - J'avais peur qu'on me touche.. alors j'ai été obligé d'arrêter mon travail. J'ai essayé de faire un régime pour maigrir-
- " A 12 ans, je me masturbais. J'ai cru que le sperme, c'était du sucre, alors j'ai arrêté de manger du sucre quelque temps.
- " On pense trop, alors on maigrit. J'ai trop maigri ces derniers temps; il faut que je mange plus.
- " On n'a jamais été bien gâtés chez nous. Si on avait mieux vécu, je n'aurais pas eu cette dépression.... ça vient aussi du fait que j'ai trop grandi d'un coup...
- " Mon père est un trop brave homme, un peu nerveux il gagne peu, avec cinq gosses à nourrir il faut que je retourne travailler pour les aider avec la maison à payer

Le diagnostic de psychose schizophrénique est donc évident, accompagné de thèmes persécutifs.-

Nous pourrons reconstituer avec lui les étapes de son histoire, aidés par les renseignements que nous fourniront les parents.

- 2ème enfant d'une famille de CINQ, il est né en Calabre, et peu après sa naissance, les parents (père maçon) ont émigré en France, et là, déménagé de nombreuses fois les quatre premières années de sa vie. L'instabilité professionnelle et financière a marqué cet épisode de la vie familiale des U-
L'angoisse du lendemain régnait en permanence nous explique MR. et Mme U- puis la famille s'est stabilisée en Provence 7 ans, puis en Savoie depuis 3 ans "Je ne me suis jamais habitué à ce pays, après avoir vécu dans le midi: là-bas, on était tous copains ... Les gens sont distants ici ... indifférents -"

- L'enfance s'est déroulée sans problèmes particuliers - passe son C.E.P. -

Pendant les vacances 1970, voulant gagner de l'argent pour aller en Italie, il travaille quelques jours dans un Casino comme barman -
Là se situe son premier épisode dissociatif et paranoïde. Il doit cesser son activité.

Le Dr. X- le prend alors en charge.-

Puis il rentre au C.E.T. dans la section d'ébénisterie, réussit dans son apprentissage, mais est interrompu en Janvier 1971 par une fracture de la rotule, et les difficultés d'adaptation

scolaires, puis professionnelles, se succèdent :
Echec d'une F.P.A. à Lyon. Il doit cesser son travail
de peintre dans une entreprise de travaux en Janvier
1972, date à laquelle nous le recevons.

I°) - Approche de la famille U-

Mr. et Mme U- multiplient leurs visites et nous
rentrons en contact régulièrement une fois par semaine
pendant toute la durée de l'hospitalisation -

Nous ne verrons jamais les frères et soeurs ou
des amis -

Mr. U- s'exprime mal en Français; c'est un homme de
50 ans, marqué et soucieux - il participe à l'entretien
en acquiescent, en retrait, contrôlant mal sa femme
fort excessive.

Pour lui, la maladie de son fils c'est l'échec, la
catastrophe. "On a tant travaillé, sacrifié - il
marchait bien à l'école et voilà qu'il
est à l'hôpital".-

- Mme U-, très mater dolorosa, expose avec mille
détails et un théâtralisme hystérique toute son
angoisse et son immense amour pour son fils.

- c'est en effet une angoisse très forte, chargée
de culpabilité, et une crainte d'être contami-
née par son fils qui prennent dans son discours :

" J'ai horreur des fous, le sang me monte à la
tête quand je vois Antonio - Je sens que moi-

même je vais devenir folle.

Dans un petit pays, un jeune homme est devenu fou - J'étais enceinte du 4ème enfant - je me suis évanouie, une grande frayeur j'ai senti que j'allais être folle j'ai été très déprimée."

Une projection de sa culpabilité se remarque dans l'agressivité qu'elle manifeste à l'égard du Dr. X-

" S'il l'avait mieux soigné peut-être que son traitement n'était pas assez fort."

Toutes les explications, même puisées dans la réalité, sont déviées pour juguler son inquiétude et justifier de la maladie de son garçon :

" Il avait de mauvaises fréquentations des jeunes Algériens ils lui ont donné des cigarettes à fumer (en été 1970 en effet, il aurait fumé quelques cigarettes de Marijuana) Depuis, il est devenu bizarre.-

Cette mère très fusionnelle, parle d'Antonio comme de son objet préféré, avec une affection étouffante et symbiotique; "enfant, il était toujours avec moi - il s'entend mieux avec moi qu'avec personne; il me confie tout, il est comme moi ".

- La perception de sa maladie est assez précise -

" il est violent. Il dit des bêtises - il est si bizarre parfois."

mais, pour mieux invalidiser, déprécier son objet narcissique, son fils, et le placer sous sa dépendance totale:

" il ne pourra jamais travailler comme avant.
Je serai obligée de le garder toujours avec
moi,.... c'est mon petit il est si
gentil ..."

Du groupe familial proprement dit, nous connaissons peu
de choses :

Les relations dynamiques fonctionnent,

- sur un mode de rivalité avec le frère aîné
qui a pris une position directive dans la
famille; il réprimande Antonio qui est pares-
seux, qui suit de mauvais amis, qui est agressif.

Il ne semble pas avoir appréhendé le phénomène
pathologique de façon consciente, et y réagit par une
levée massive de ses défenses.

- Sur une note assez neutre avec son père qu'il
protège (contre sa femme ?) et qu'il
trouve faible, mais courageux dans le travail -
- Sur un mode symbiotique et étouffant avec sa
mère -

ANALYSE DES RELATIONS -

--- Avec l'observateur :

- Le médecin, c'est letout puissant et malade et
Parents conjuguèrent leurs efforts pour nous

proposer ce piège narcissique que nous avons déjoué et orienté vers l'équipe.

- Antonio, dans sa phase de transfert, associait ses images identificatoires de thérapeute :

"Le Dr. X-, c'est comme avec vous, je peux tout dire - Les autres peuvent s'en aller."

- quant à la mère, nous plaçant sur un piedestal aujourd'hui, attendait notre échec pour reprendre en main la situation.

--- Avec le groupe institutionnel :

- Pour l'équipe, Antonio fut vécu tout d'abord comme un malade "collant", demandant une réassurance continuelle, une présence totale, et l'angoisse agressive qu'il manifestait à induit une demande de chimiothérapie plus forte.

- Surtout la relation avec les Parents a été facilitée par l'intermédiaire d'un ou deux infirmiers, avec qui ils parlaient plus simplement pour suivre les événements de la vie quotidienne de leur fils.

Grâce à cette relation médialisée, la mère a accepté petit à petit de rendre visite moins fréquemment à Antonio (de 3 fois par semaine, elle a réduit à une visite par semaine, avec le père et les enfants).

- Elle n'a pu réduire, sur nos conseils et interventions répétées, ses apports alimentaires excessifs

(bonbons, biscuits, pâtés).

- Avec l'un des malades du groupe pavillonnaire (maniaque, délirant mystique,) Mr. L- très amélioré, s'est nouée une relation élective paternelle; Mr. L- avec une patience et une constance calme et compréhensive formait, par son attitude avec Antonio et sa complicité établie de longue date avec l'équipe soignante, une sorte de tampon entre le malade et l'équipe, permettant à celle-ci de mieux métaboliser l'agressivité et la demande dévorante d'Antonio, dans un service largement surchargé de malades chroniques (vieillards etc...)

CONCLUSIONS THERAPEUTIQUES :

Durant cette brève phase d'hospitalisation, nous nous sommes donc attachés à assumer l'angoisse maternelle,

- à desserrer l'étreinte maternelle étouffante et à démystifier les projections fantasmatiques et délirantes de la mère (drogue - fréquentations).

- En réhabilitant le traitement neuroleptique et les séances psychothérapiques avec le Dr. X- nous souhaitons une réadaptation familiale et professionnelle rapide.

N° 3 - Mr. M- 18 ans -

C'est à la fin de l'année 1971 que nous recevons Christian M-, en placement volontaire, adressé par le médecin d'un service hospitalier régional de la ville voisine où réside le malade, et où il retournera après 1 mois $\frac{1}{2}$ de traitement en Hôpital Psychiatrique.

Motivations de
l'hospitalisation -

Une fugue brève, une tentative de suicide sur un mode impulsif (il se taillade les veines du poignet), l'incohérence de ses actes et de ses propos (il monte sur le toit d'un petit entrepôt de la droguerie où il travaille, et chante en sautant il faut appeler les pompiers) amènent les parents de Christian à demander son admission d'urgence en milieu hospitalier, non spécialisé ... "Il prend une crise c'est la première fois"-

Critères de diagnostic -

Christian M-, longiligne (Im90) maigre, nous apparaît à l'entrée très étrange et lointain dans le contact, dévitalisé; très impersonnellement avec un discours haché, il nous expose que, profitant de la foire locale, il s'est échappé pour la première fois de l'emprise familiale avec une bande de copains qui l'ont fait boire; comme ils se moquaient de ses boutons (acnée juvénile), il est allé trouver une fille pour que "ça lui passe ..." "et puis, j'ai pris une crise, je ne pouvais plus me fixer sur mon travail, je me suis retrouvé sur le toit"..... Ainsi, l'invasion du sexuel a rompu les défenses extrêmement fragiles et

et déclenché ce comportement auto agressif et exhibitionniste -

Pendant les premiers jours, il reste très isolé et opposant, autistique et redoutant le contact, et sous l'emprise d'un automatisme mental qu'il verbalisera à l'occasion d'un second geste suicidaire une nuit dans le service -

" j'ai rêvé que j'avais le bras en sang, j'ai été pris d'une grande peur - une force terrible me commandait de faire ça. Alors, j'ai pris des lames de rasoir ..."

Très soulagé et libéré de son angoisse après son acte, il nargue l'infirmier en chantonnant sur un air connu " la prochaine fois, je ne ne raterai pas - vous ne m'aurez pas ..."

Une autre nuit, il tentera de se raser complètement la tête -

Il ébauche un système de rationalisation paranoïaque pour lutter contre son morcellement et cette fuite du moi :

" c'est sûrement parce que j'ai trop grandi, trop vite ..."

" Depuis que je travaille dans les acides (3 mois dans une droguerie) je me sens bizarre, les vapeurs me tournent la tête, ça me transforme".

Le syndrome schizophrénique où prédominent autisme et impulsivité s'amendera assez rapidement; son histoire et le profil de sa famille ne laisseront pas place au doute dans ce diagnostic -

HISTOIRE DE CHRISTIAN -

3ème enfant d'une famille de quatre enfants, dont l'aîné, un fils, meurt à six mois d'une toxicose, il est couvé, surprotégé. (" Nous avons si peur qu'il arrive la même chose que pour le premier fils"...)
Il présente un petit retard psycho moteur, et subit une frustration affective précoce et majeure; au regard des sollicitudes extrêmes dont il était l'objet auparavant : à 3 ans, il doit passer six mois à Arcachon pour dilatation des bronches et asthme.

" Au retour, il était changé dit la mère, triste, il ne nous reconnaissait plus "... Plus tard, il n'a jamais supporté les colonies de vacances - une énurésie nocturne persiste encore à 18 ans -

Pourtant, la scolarité se déroule normalement, avec des résultats en rapport avec sa débilité mentale -

- A 16 ans, il commence à travailler sans formation spécialisée -

L'émotivité et l'intolérance à la moindre réprimande expliquent son instabilité dans les emplois : en 1 an $\frac{1}{2}$ il est engagé successivement dans 5 places qu'il abandonnera, confirmant le jugement du Père :

" Tu vois bien que tu es un incapable -"

petit à petit, il s'isole, parle peu et ne sort pas.

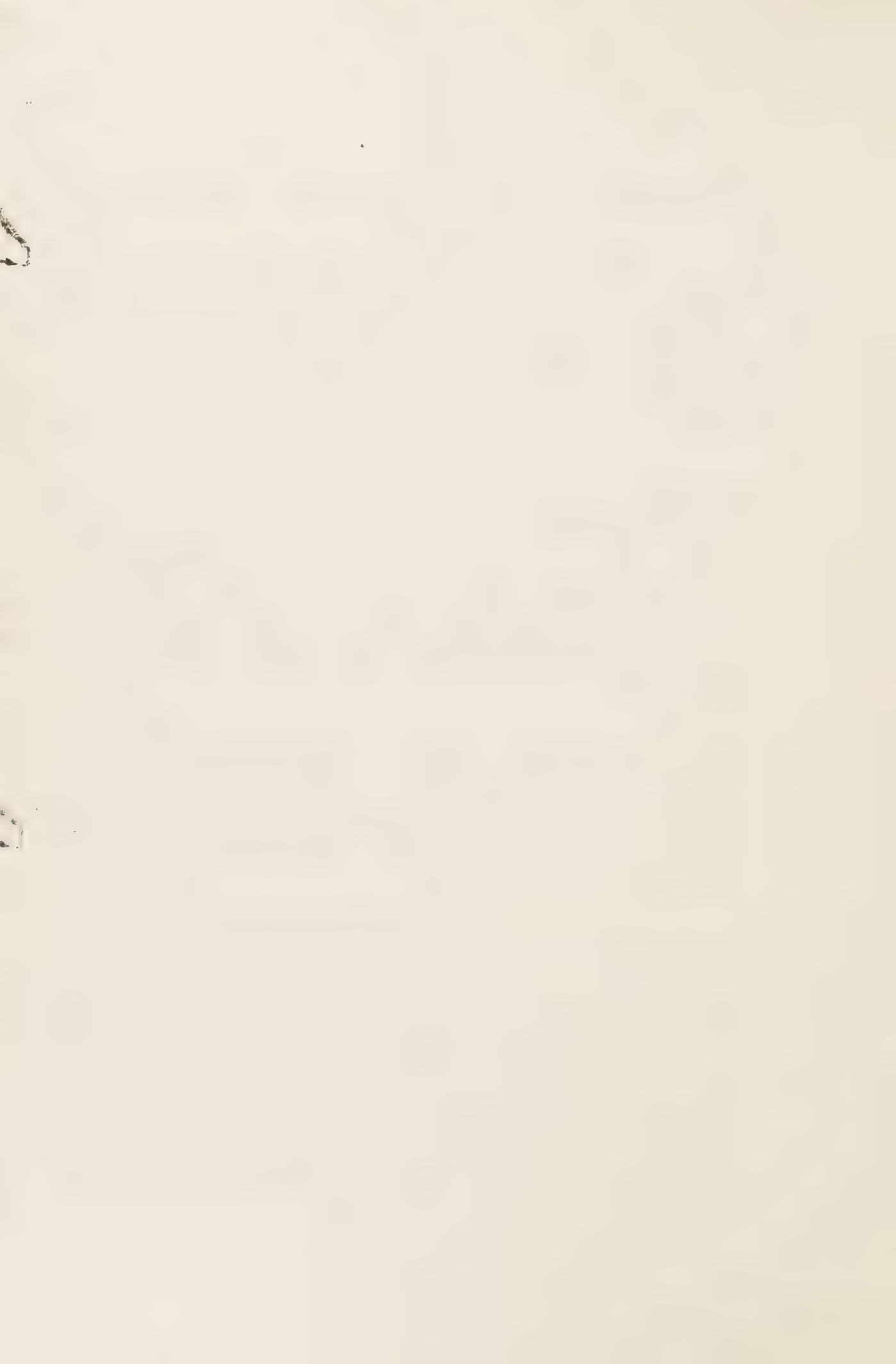
Une demande d'inscription dans un centre de F.P.A. est alors faite par les parents, sur les conseils d'une psychologue qu'ils connaissent - mais on le refuse, malgré des tests psychotechniques corrects - "Il est trop lent, attendez encore quelques temps, après le service militaire ..."-

1°- Approche de la famille M-

Tous nos contacts avec Mr. et Mme M- seront marqués par une angoisse importante et une certaine réserve du couple, contrastant avec une loquacité marquée lorsqu'on rencontre séparément le père et la mère.

Mr. M- est un homme de 45 ans, sec, -électricien d'entretien dans une usine - très rigide dans son expression. Son vécu révèle une petite note paranoïaque. Très sévère avec tous ses enfants, il se heurte particulièrement à Christian;

Mme M- nettement "marquée" par la vie est une femme de 40 ans, très ridée, inquiète, traquée et agressive à la fois. Elle nous apparaît fortement déprimée par l'hospitalisation de son fils, avec lequel elle entretient une relation très diadique le protégeant des agressions paternelles (le père en effet encourage la mère toute puissante et source d'extrême frustration à la fois et ne joue pas son rôle de support narcissique idéal pour Christian) et sociales, le ramenant ainsi



toujours dans son étouffant giron - Elle reste à la maison, travaillant à domicile comme nourrice.

A- LA DYNAMIQUE FAMILIALE - évolue en un cercle très fermé et vicieux, dont Christian en est l'expression même -

I) La rigidité des principes familiaux est imposée par la loi paternelle, et la mère n'y apporte aucun assouplissement :

" On sort toujours en famille (et on ne sort "qu'en famille"

" Si les enfants font une bêtise, on les sanctionne - c'est normal et systématique : fessées, suppression T.V., sorties etc...

" et les garçons n'ont même jamais manifesté le désir de sortir -

- L'enfant doit s'effacer devant le père : ainsi, lors d'une période conflictuelle entre le père et son patron dans l'usine où travaillent le père et Christian, celui-ci commet une petite irrégularité dans son travail. Sans attendre la sanction ou la réprimande, il quitte l'usine "De peur que mon père ne soit licencié à ma place ..."

" Et il avait raison réplique le père. S'il n'était pas parti de lui-même, je lui aurai commandé de s'en aller" -

- Une parésie palpébrale isolée nous étonne. Christian nous rappelle avec émotion un épisode situé quand il avait 8 ans : son père à table, excédé contre lui, lui a envoyé une pomme de terre brûlante dans l'oeil (d'où cette séquelle)

- 2) Avec son frère cadet il entretient une relation privilégiée et médiatrice par rapport aux parents:

"Christian se confie spécifiquement à son frère et quand il veut obtenir quelque chose de son père, il passe le plus souvent par lui - celui-ci est plus vif, plus actif que Christian et supporte mieux son père -

Cette relation médiatisée avec le père est le seul aménagement qu'il ait pu réaliser, mais au prix d'un silence qui l'entraîne de plus en plus à l'autisme -

- 3) La mère, comme elle l'exprime à plusieurs reprises, joue le rôle de tampon entre l'agressivité paternelle et la révolte ouverte ou passive des enfants; situation vécue avec une acuité extrême en ce qui concerne Christian, dans une satisfaction pleinement masochiste mais combien destructurante pour ce "fils symptôme" qui en fait les frais, au profit du père -

Nous constatons encore dans ce cas toute l'ambivalence de cette mère qui "aime" fusionnellement son fils, tout en le rejetant profondément pour se ranger aux côtés de son mari, et elle aussi subir sa loi, et couvrir le refus de l'enfant par le biais de son époux, afin d'éviter une culpabilité trop massive.

B- Leur jugement de la maladie de Christian est très dévié, amplifié ou nié, et une grande partie de notre travail consistera :

- à faire apprécier les symptômes comme une maladie objective -

Refusée par le père qui traite son enfant de "fainéant, d'incapable, de bon à rien à jamais", l'entraînant ainsi dans son jeu de dépréciation -

Maladie exagérée par sa mère "il est trop malade, il ne pourra plus jamais rien faire en dehors de la maison; sans ses parents il serait perdu. Heureusement que je ne travaille pas à l'extérieur, comme celà je pourrai m'en occuper mieux ..."

Cette "invalidation" a pour effet de le placer sous la coupe toujours plus asphyxiante de sa mère, et de restituer pleinement à celle-ci son objet narcissique, son fils -

- à décharger d'une culpabilité angoissante ces parents, tout en leur faisant exprimer nettement leur part de responsabilité dans la genèse de la maladie de Christian; ils s'auto-accusent mutuellement, évoquant pour le père son agressivité constante et sa rigidité ("je ne supporte pas de le voir mal rasé, sale, et je lui en fais encore les reproches, même à l'hôpital")- Pour la mère, la nécessité de l'avoir toujours près d'elle - "J'ai besoin de le couvrir - il est le plus proche de moi" -

ANALYSE DES RELATIONS -

Avec nous, la relation sera toujours assez distante, et redoutée car dangereuse pour leur système homéostasique et monolithique - Après la phase de soulagement qui fait suite à la prise en charge psychothérapique commune, forts d'une nouvelle assurance, ils tenteront, nous le verrons en particulier au moment de la sortie et dans les consultations de post cure, d'appliquer une technique stratégique inconsciente de division des personnages thérapeutes -

Dès la sortie de Christian, ses parents vont consulter le médecin traitant, théâtralisant leurs préoccupations et actualisant leur angoisse, scotomisant tout le travail relationnel effectué avec eux, si bien que nous recevons une lettre de ce médecin assez désespéré et préoccupé de l'avenir de Christian.

Une autre tentative est faite auprès de la psychologue (attachée au centre de F.P.A.), dont Mme M- a gardé l'enfant pendant quelque temps.

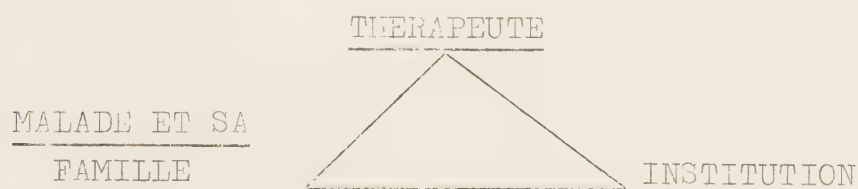
Elle réclame son avis, ses conseils et son appui pour recommencer un stage de F.P.A.

Cette recherche répétée des opinions compétentes vise à métaboliser une partie de leur inquiétude, mais aussi à nous annuler et dans les contradictions qui ne manqueront pas d'apparaître, à maintenir avec Christian la relation antérieure - Nous entrevoyons donc par avance, les difficultés futures que nous rencontrerons avec cette famille, en particulier de

ses entreprises scissionnelles, sur l'équipe institutionnelle et le thérapeute.

Avec le groupe institutionnel -

Les parents trouveront toute possibilité de dialogue avec des infirmiers du service qui jouent le rôle de médiateurs dans la triangulation



Leur langage est commun et ils dialoguent avec eux, osant leur confier leurs doutes et leur ambivalence au sujet du traitement "qui endort trop Christian, ou ne le calme pas assez", et conseiller une attitude plus ferme et rigoureuse avec lui ce qui est évidemment fort éloigné de nos visées thérapeutiques.

- La prise en charge de Christian par le groupe des malades et infirmiers sera progressive et ralentie par les entrées successives de malades âgés, polarisant les soins pendant quelques jours - Christian sortira alors de son autisme et commencera à manifester un intérêt à ces vieillards, qu'il aidera, puis entrera en relation avec d'autres collègues par le biais du jeu (échec - puzzle etc..) tout en affichant sur le mur un petit flash sur son vécu fantasmatique (découpage d'illustrés et choix de femmes érotiquement déshabillées, motos etc..)

très amélioré, il sort 1 mois $\frac{1}{5}$ après son admission -

CONCLUSIONS THÉRAPEUTIQUES -

- Nous avons tenté d'engager avec Mr et Mme M_ un dialogue et une réflexion critique de leur vécu familial, afin de réhabiliter Christian en tant que personne, et non en tant qu'objet gênant et nécessaire à la fois - leur ambivalence à ce sujet est encore importante, mais cette brève phase de psychothérapie familiale n'est pas un échec, comme peuvent le confirmer les entretiens au cours des consultations en dispensaire, mensuelles :

Les parents comprenant la nécessité d'une certaine autonomie pour leur fils le laissent plus libre de fréquenter des copains (dont Mr. U- un voisin - cf.obser.) Il reprend le travail mais, obligé de faire des déplacements et de coucher en hôtel, son énurésie le fait renvoyer.

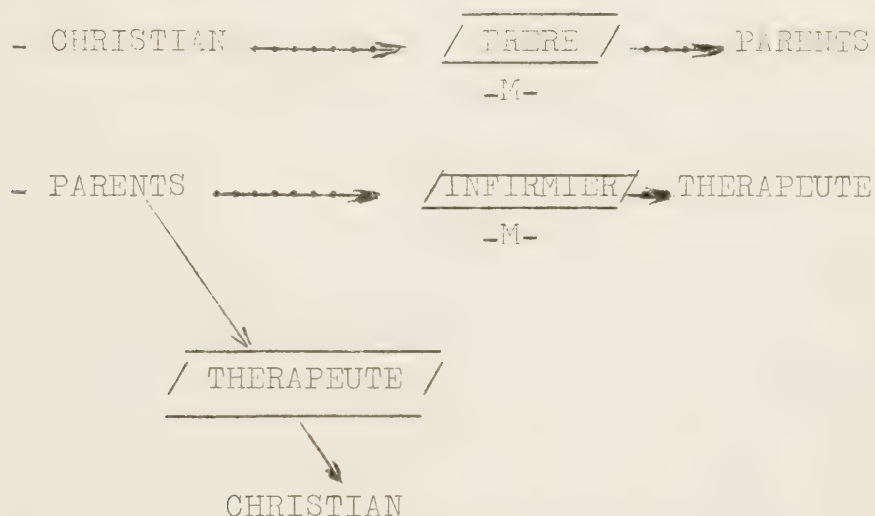
Ce nouvel échec dans le travail est vécu comme une véritable hémorragie narcissique par Christian, et la tendance des parents est évidemment de nous appeler - "voyez bien qu'on ne le guérira pas-"

Pourtant ils acceptent nos conseils et tentent de modifier leurs attitudes envers Christian - là se situe notre phase d'engagement thérapeutique avec Christian et sa famille, et au cours des années à venir, un long chemin reste à parcourir avec eux.

Une séparation d'avec le milieu familial sera envisagée en priorité -

Nous soulignons que c'est une des rares familles de schizophrène où le père n'est pas absent ou scotomisé - Toutefois, son rôle de père est fortement empreint d'une pathologie paranoïaque, qui rejail-
lit sur l'ensemble de la famille et plus sensiblement sur Christian.

Nous pouvons aussi remarquer combien les relations au sein de la famille, et de la famille avec le milieu institutionnel et le thérapeute sont placées sous le sceau de la médiatisation; les relations ne pouvant s'établir que par l'intermédiaire d'une autre personne :



Un de nos projets thérapeutiques sera de favoriser une relation plus directe, sans supprimer ces intermédiaires, et très progressivement .

N° 4 - Mr. C - 24 ans -

La première hospitalisation en placement volontaire de Mr. C- a eu lieu le 20 Octobre 1971, et nous l'avons traité pendant 1 mois $\frac{1}{2}$ -

Motivations de
l'hospitalisation - Critères de diagnostic -

Hospitalisé dans un hôpital régional en urgence, à la suite d'actes impulsifs et d'une crise d'agitation, le médecin nous l'adresse, "devant un comportement nettement discordant, avec réactions violentes, imprévisibles, alternant avec des épisodes d'apathie totale".

Gérard C- 24 ans, de taille moyenne, râblé, se présente avec un mutisme complet (constant depuis quelques jours), réticent, indifférent en apparence, figé et ralenti, tête basse, le regard furtif; la thymie est nettement dépressive où quelques rires immotivés contrastent -

Le cours de la pensée est ralenti, mais les réponses ne sont pas trop discordantes. Il reconnaît être malade, bizarre par moments - "Je casserai tout, sans raisons" - "et je ne me sens plus moi-même" - (ces épisodes de dépersonnalisation sont évoqués avec réticence, et le sentiment d'être persécuté n'est pas encore parvenu au niveau de l'organisation délirante) -

L'importance des troubles, apparus progressivement et insidieusement comme nous le verrons plus loin, la prédominance de l'apathie, grevée de manifestations agressives violentes, la jeunesse de Gérard C- nous font porter le diagnostic de schizophrénie à forme hétérophrénique -

- Nous assisterons à une nette régression des signes de la série dissociative au cours de l'hospitalisation, mais l'apragmatisme sera lent à disparaître.

En effet, dans l'histoire récente de Gérard C-, nous constatons que son caractère nettement schizoïde (tendance à l'isolement, peu de relations en dehors de la famille) s'est accentué depuis deux ans environ, depuis son retour du service militaire qui s'est déroulé sans incidents.

N'ayant pas renoué avec ses relations amicales, ayant abandonné pendant la période d'obligation militaire son équipe de Foot, il s'isole et bientôt s'enferme dans un silence et une timidité toujours plus accentuée. Il ne prend plus sa voiture -

" Surtout, il éclatait de rire, brutalement, sans raison, au cours des repas de famille " dit une belle-soeur, "ou répondait à sa mère, lui si soumis d'habitude ..."
Il ne se lavait plus.

Un traitement prescrit (et irrégulièrement suivi) par un médecin consulté à plusieurs reprises au cours de ces deux années, et même un isolement de 15 jours en

hôpital général, n'enrayent pas le processus schizophrénique qui va en s'aggravant.

- Toutefois, son adaptation sociale professionnelle est indemne jusqu'à cet épisode; il est en effet fichiste magasinier dans une usine locale, travail régulier, non soumis à des cadences, assez simple.

Avant dernier enfant d'une famille de sept enfants (5 frères de 21 à 27 ans - 1 soeur de 24 ans), son enfance s'est déroulée sans problèmes, mais dans un climat assez perturbé :

- Père alcoolique, revenus modestes, enfants nombreux et rapprochés puis,
- son père meurt en 1967 (le malade a 19 ans) à l'hôpital psychiatrique de Bassens (éthylisme psychotique)-

"Il était injuste avec ma mère, la battait, et avec nous il se montrait réservé et s'occupait peu des enfants".

- Un de ses frères se tue dans un accident quelques années auparavant -

Actuellement, il vit seul avec sa mère et un frère cadet - Les autres membres de la fratrie sont mariés. Sa mère "fait la saison hôtelière" dans sa localité touristique.

I°) - Approche de la famille C -

Après 15 jours de silence total de la part de la famille, nous écrivons pour solliciter une rencontre.

Son frère aîné et sa femme viennent au rendez-vous fixé, très angoissés et culpabilisés par cette longue période de silence qu'ils ont observée :

" mais je croyais qu'on n'avait pas le droit de venir le voir - nous attendions de ses nouvelles une permission pour venir dans cet hôpital".

Toutes ces justifications accumulées et la connaissance du fonctionnement de l'hôpital psychiatrique précédemment acquise (père traité en 1968, pendant 8 mois) marquent bien le rejet inconscient du frère et la crainte ravivée de la contamination de la "folie" :

(" le père malade mental, le frère maintenant .. dit-il")
vécue par cette famille en la personne du frère aîné -
(et bien entendu, la réactivation des affects à l'égard du père mort dans ces lieux).

Ils voient tous deux la situation avec une certaine objectivité :

" Depuis le décès du père, Gérard traîne, s'enferme, et au retour du service militaire on ne le reconnaissait plus - il est vraiment malade - c'est grave - nous l'avons poussé à se faire soigner - ma mère a essayé - nous, nous le sortions le plus souvent possible, mais nous habitons loin - nous les voyions une fois par semaine -

LA DYNAMIQUE FAMILIALE - est brossée, sans agressivité, ni distance par ce couple :

" ma mère a été très malheureuse avec mon père, et a reporté toute son affection sur Gérard qui était un des plus jeunes, et le moins indépendant de tous elle est très "couveuse" veut tout lui faire. Elle est trop aux petits soins pour lui. Il n'ose pas la laisser trop seule, comme nous avons fait alors c'est bien normal qu'il s'énerve" -

Leur relation régulière et bonne avec la mère leur permet de conseiller utilement celle-ci et de la maintenir malgré son vécu très dépressif - Ils sentent la nécessité d'une attention plus aigüe envers leur frère, et seuls envisagent à sa sortie, diverses possibilités de sollicitations : le remettre en contact avec ses copains de sport, l'emmener au cinéma, au café le dimanche etc... et s'assureront de sa réambauche à la sortie de l'hôpital (d'autant plus assurée qu'un frère travaille dans la même usine).

- Nous n'entrons en contact avec la mère qu'un mois après l'admission de Gérard. Aussi s'est-elle entourée pour cette première rencontre d'un système protecteur en la personne de sa soeur et de son beau-frère.

- cette femme d'une cinquantaine d'années, fatiguée, dépressive, se montre pleine d'une sollicitude ambivalente à l'égard de son fils, et nous apparaît assez

faussement inquiète, même satisfaite des bénéfices secondaires acquis par la maladie de son fils : - amoindri, il retombe dans sa dépendance fusionnelle :

" c'est mon petit, il est malade" dit-elle dans des larmes entrecoupées de sourires complices.

" elle est une mère malheureuse,
a été une femme malheureuse,

- le "fatum" ne fait qu'enrichir encore son organisation masochiste.

La perception de la maladie de son fils est amplifiée encore, comme pour bien marquer l'impuissance et l'invalidité présente et future de son enfant - elle n'a aucun recul sur son attitude à son égard, verbalise peu.

ANALYSE DES RELATIONS :

Avec l'observateur -

Pendant un mois, l'apragmatisme persistant, et le repliement autistique ne permettent pas une relation verbale très approfondie, mais le transfert projectif global s'établit à travers des demandes répétées de sortie -

- A aucun moment nous n'observons de demande fusionnelle, et les difficultés narcissiques que nous éprouvons à le voir rester dans son retirement intérieur ne sont pas étrangères à la lenteur de son amélioration dans un premier temps - Puis la distance est trouvée, et à la faveur de sollicitations extérieures décidées (changement

de pavillon, ergothérapie) la reprise de contact avec la réalité s'effectue -

Avec le groupe institutionnel -

L'opposition marquée pour le milieu asilaire (pavillon fermé, avec vieillards alcooliques, psychotiques chronicisés) le refus de traitement, la régression massive dans un apragmatisme complet (reste au lit toute la journée) et les menaces d'agression contre les infirmiers, favorisent une réaction de rejet de la part de ceux-ci et des malades (il les frappe, casse les assiettes) qui le tiennent à distance ou l'agressent nettement - ce rejet est partagé par l'équipe à certains moments, et divise les sentiments et les opinions,

Les uns prenant sa défense, les autres demandant une neuroleptisation plus poussée.

Ces contradictions sous-jacentes persistent et, à la faveur de son amélioration, on propose son passage dans un pavillon libre extérieur à l'hôpital, (ce qui au demeurant permettra à Gérard de résoudre une certaine composante de son angoisse, liée aux multiples reflets de son père qu'il retrouvait dans certains de ses compagnons âgés et dégradés, et qui expliquait en partie ses gestes de violence).

- Son attitude autistique et apragmatique souligne encore le reflet d'un certain vécu institutionnel, fait d'évitement, d'incommunicabilité, de messages divergents.

Prisonniers de ces projections scissionnelles, le groupe soignant ne pourra résoudre ce conflit, et ce rejet masqué par mille "bonnes raisons"- et Gérard sera muté au pavillon Bachelard, quinze jours précédant sa sortie -

Là, il poursuivra son travail d'ergothérapie (atelier bois) en compagnie de deux autres collègues plus actifs et de l'âge de son père -

La nouvelle équipe gratifiée de prendre le relais, l'intégrera systématiquement dans les tâches d'entretien et dans les groupes informels, constitués au cours de la journée -

Surtout, les contacts avec la famille (frères et mère) seront simplifiés, facilités et plus fréquents, et il pourra sortir rapidement et reprendre son travail à mi-temps pour débiter.

CONCLUSIONS THERAPEUTIQUES -

Cette période d'hospitalisation aura donc permis modestement d'amorcer avec la mère de Gérard une critique de la relation symbiotique qu'elle entretient avec lui, et permettra un aménagement de la réalité 'mère-fils' moins pathologique.

- On put observer que la libération de ce carcan autistique passât par une crise de l'équipe résolue dans une sorte de fuite "on passait la main" ... bénéfique,

compte tenu des limites du groupe - la sollicitation ergothérapique permet une expression concrète.

Le lien avec l'institution semble bien établi et, en dehors des visites au dispensaire où l'on voit un maintien de l'amélioration, une reprise du travail, il revient en consultation sous des prétextes futiles de modification de traitement - en fait, à la recherche de contacts - Toutefois, l'aspect déficitaire et apragmatique ne permet pas un pronostic très engageant.

N° 5 - Mr. C- 22 ans -

Après un bref séjour dans un hôpital général à la suite de gestes menaçants en famille et de propos délirants, Yves C- nous est adressé par le Psychiatre attaché au service, et qui dresse aussitôt le pronostic de schizophrénie : - agressivité marquée à l'égard de son entourage, extériorisation d'idées délirantes sur un fond autistique, discours flous -

- Nous le traiterons pendant deux mois, de Janvier à Mars 1972, en milieu hospitalier puis en post-cure.

Motivations de

l'hospitalisation - Son hospitalisation s'effectue donc dans des circonstances aiguës; à une période hippie émaillée de fugues, consommateur occasionnel de haschich, fait suite une brève réinsertion professionnelle à Paris (il est cuisinier), rapidement interrompue par l'envahissement dissociatif et toute la lutte épuisante entreprise par le moi contre ces phénomènes de dissociation, lutte qui se solde par le raccrochement à une néo réalité délirante paranoïde de retour.

Chez lui, il s'enferme dans une chambre et n'en sort que pour aller à Genève chaque après-midi, où il rencontre quelques amis - puis il sombre dans un autisme franc avec des passages à l'acte très violents sur la personne de son père, ce qui oblige les parents

à intervenir (... après 4 mois de troubles et un traitement conseillé par un médecin traitant qu'il refuse systématiquement.)

- Critères de diagnostic - A l'entrée, Yves C-, de type leptosome, a une allure de drogué - yeux dans le vague, air distant, flou, égaré, étrange, attentif à de rares instants. Il s'exprime d'une voix monocorde, automatique, éclate de rire, puis s'effondre au bord des larmes, tape du poing sur la table :

" Ils ne sont pas mes vrais parents - même le livret de famille que je regarde souvent ne m'affirme pas qu'ils sont mariés; ils s'entendent si mal;

Sur cinq frères et soeurs, deux sont morts - mais je les ai reconnus tout à l'heure dans la rue".

A ce délire de défiliation s'ajoutent des thèmes de persécution toujours à l'égard des parents :

- "ma mère m'a mis du poison dans mon verre, et faisait entrer des vapeurs dans ma chambre pour m'intoxiquer.."
- "mes parents m'ont pris l'héritage qui venait de ma grand-mère; ils ont fait de faux papiers ... je vois mon père les taper sur sa machine à écrire -
- "ils m'ont battu, insulté (pédéraste) pour obtenir que je leur révèle où étaient les actions de l'hôtel où j'étais employé -

Des phases d'agitation et d'angoisse intense succèdent à de longs moments régressifs passés au lit ou en position foetale, dans un coin -

La communication avec les autres malades est minime, ou se situe sur un mode agressif, mais assez rapidement elle se rétablit et il peut critiquer ses idées délirantes et même au cours de la psychothérapie familiale, en chercher une explication avec ses parents. Le processus schizophrénique sur un mode paranoïde est franc et évoluerait depuis un an environ.

- Pourtant, un clivage profond du moi persiste, bon, mauvais, projectif sur le monde, ainsi qu'un reliquat d'automatisme mental (" je continue à communiquer par les rêves avec les gens que j'aime bien - par exemple avec l'infirmière Melle A- j'entends un son de cloche et je peux lui parler, elle me comprend") lorsque nous acceptons de le laisser sortir en Mars 1972 -

HISTOIRE DE YVES C.-

Troisième enfant d'une famille de cinq - bourgeoise (père directeur commercial d'une grosse affaire), il eut une enfance sans problèmes dit la mère qui note comme banal :

- des crises d'acétonémie jusqu'à l'âge de 10 ans
- une énurésie persistante jusqu'à cet âge
- quelques rituels obsessionnels pour s'habiller, manger, et une certaine phobie du noir -

Un évènement dramatique bouleverse cette famille - Yves avait 6 ans : son frère âgé de 11 mois fait une "fausse route" et meurt sous ses yeux lors d'un voyage

en chemin de fer - Ce souvenir est forclos et une inaffectivité paradoxale marque ses propos lorsqu'il relate cet événement - .

Ses frères et soeurs poursuivent leurs études mais lui, à 14 ans, "pour ne pas être à la charge de ses parents" s'engage dans une perspective professionnelle : devant le refus marqué de son père de choisir la coiffure ("métier où tu auras de mauvaises fréquentations de pédéraste), il s'engage dans l'apprentissage de cuisinier à Genève et, deux ans après, il obtient son diplôme suisse -

" j'ai travaillé dur, plus qu'aucun autre de mes frères, et je suis fier de mon succès"

Puis il fait quelques saisons (St-Tropez, Paris)

Une période hippie commence pour lui. Solitaire, il part au Maroc, Espagne, Tunisie et fume du haschich "comme tous ceux que j'ai rencontrés" - puis il reprend un travail à Paris et là ses symptômes dissociatifs s'accroissent -

Un an avant son entrée à l'hôpital :

- son deuxième frère (l'aîné est marié à Paris) meurt dans un accident de voiture, près de la frontière suisse, et son ami qui conduisait se révèle être un trafiquant de drogue ...

- Sa grand-mère maternelle, à laquelle il était très fixé, confidente et rassurante, meurt non sans avoir fait de multiples promesses à ses trois petits enfants "vous aurez chacun une part de mon héritage" il greffera par la suite, comme nous l'avons vu précédemment, un

vécu délirant de frustration et de vol effectué par sa propre mère "on me dépossède, pourtant ma grand-mère avait bien dit ..."

Le mari de cette "bonne grand-mère" (remariée une 2ème fois) se suicide quelques mois après de chagrin et (disent les parents de Yves) de culpabilité pour avoir déshérité les enfants et provoqué directement le renvoi de Mr. C- de son poste de haute responsabilité.

Yves était très attaché à cet homme qu'il tenait en amitié et "qui était comme un vrai père"-

A cette période de deuil, Yves a ressorti le matériel de peinture de son père et peint sans recevoir les conseils qu'il sollicitait avec empressement : "Si tu veux peindre répond son père, fais comme moi, suis un cours aux beaux arts".

Ses tableaux, non figuratifs, très colorés -noir rouge - frappent par une composition nettement dissociée, purement abstraite et symbolique :

- "c'est l'arbre de mort, tout se décompose des éclairs partout " -
- "là, les hommes n'ont plus de tête, ce sont d'affreux animaux aux pattes d'araignées, de scorpion "-

En Juin 1971, il est réformé du service militaire lors de la séance de recrutement. "je suis antimilitariste; c'est odieux la guerre; j'aime tout ce qui est beau,

pur, les groupes libres

J'ai dit que j'avais eu des expériences "homosexuelles" alors on m'a réformé"-

Par ailleurs, la même année, il est hospitalisé six jours à la clinique Bel-Air à Genève pour une blennorragie, occasion nouvelle pour renforcer ses justifications et ses rationalisations devant cette fuite du moi qui s'onère en lui :

" Ils m'ont fait une piqure; ils se sont trompés de produit et c'est après que je me suis senti bizarre..."

Nous voyons donc déjà se dessiner les relations familiales à travers son histoire, et évoluer un processus dissociatif depuis un an de façon plus nette.

Les premiers contacts entrepris avec la famille C- nous renseigneront plus amplement sur leurs inter-relations et sur une possibilité d'ouverture à la guérison, à travers les vicissitudes de l'engagement thérapeutique -

APPROCHE DE LA FAMILLE C -

- Mr et Mme C- viendront tous deux régulièrement une fois par semaine pour un entretien avec le thérapeute et avec le groupe soignant, après avoir rencontré une première fois le médecin-chef du service -

- Mlle C- sa soeur (et son fiancé) rentreront en contact une seule fois avec nous, puis se retrancheront derrière leurs obligations professionnelles et leurs "ennuis de santé", trop angoissés par le milieu hospitalier et le

danger de la folie, pour poursuivre ces rencontres -

Les premières entrevues avec Mr et Mme C- se déroulent avec un certain caractère mondain, paravent social qui ne peut toutefois cacher une angoisse importante qui écroule les barrières conventionnelles assez rapidement -

Mr C-, bel homme d'une cinquantaine d'années, grisonnant, plein de prestance, se présente aussitôt comme un "homme en difficultés" et occupe le devant de la scène : "j'ai toujours bien gouverné ma barque jusqu'à maintenant, traité des affaires importantes et "torpillé" par mon beau-père, je me retrouve cadre sans travail - De plus, onéré il y a neuf ans d'un cancer du larynx, je vis tout de même en sursis, et voici mon fils malade" - Qu'a-t-il pu faire ? qu'avons-nous contrarié en lui ?

Très culpabilisé et très obscurément conscient de son rôle dans la genèse des troubles d'Yves, il évoque son refus catégorique de le voir apprendre le métier de coiffeur; "peut-être aurai-je dû le laisser faire. C'est cela qui a déclenché un mauvais fonctionnement en lui - "

Mme C- paraît plus âgée, femme fatiguée, douceuse; elle s'exprime peu en présence de son mari mais ses regards furtifs le désapprouvent ou marquent l'aspect excessif avec lequel il s'exprime -

Très déprimée et angoissée à l'extrême, elle nous fait part des divers épisodes de la vie d'Yves, et de son angoisse devant cette étrange maladie -

A)- APPRECIATION DE LA MALADIE - La reconnaissance de la psychose et une ébauche d'acceptation se réalisent dès le début -

- "il a toujours eu un caractère assez original, maniaque, et puis la mode hippie arrivant, il ne détonait pas.
- "Pourquoi nous a-t-il refusé comme ses parents
 - oui, mon mari a toujours été très dur avec lui, je le consolais - mais ces propos, je ne les explique pas -
- Est-ce un trou de mémoire ?
 - la fatigue il ne s'alimentait plus
 - je crois qu'on lui faisait du mal, sans s'en rendre compte, mais comment ?

Lors d'une séance avec Yves, nous assistons à un moment très chargé affectivement de toute l'angoissante culpabilité de ce père, dans cette interrogation :

" Mais Yves, ai-je jamais été dur avec toi; oui, quand tu étais petit, peut-être, mais nous étions devenus presque copains - je te conseillais sur tout (il exerce effectivement un contrôle assez rigide sur toute la maisonnée).

Yves ne répondra qu'en baissant la tête douloureusement.

A plusieurs reprises, Mr. C- cherche à étiqueter la maladie de son fils et réclame de nous un diagnostic clinique précis, très médicalisé, pour éloigner et prendre une distance supportable avec son fils ...

ou lui-même - "il est fou pour tenir des propos de ce genre - nous avons très peur - jusqu'où peut-il aller ? il me frappe, me tuerait-il ?"

La symptomatologie leur apparaît gonflée et disproportionnée dans leur peur et leur angoisse de la folie -

Leur peur et leur rejet inconscient et profond de cet enfant qui n'est qu'une marionnette ballottée de l'un à l'autre dans le message réciproque du couple sado masochiste -

" on a très peur qu'il demande encore des comptes au sujet de son héritage "

" on n'ose pas le laisser aller chez nos voisins de peur qu'il ne commette une bêtise nous avons un peu honte aussiLes gens ont changé d'attitude depuis que Yves est hospitalisé.

- Sa soeur se rend compte, très objectivement, de la coupure du monde et de la réalité de Yves qu'elle a suivi au jour le jour.

B)- Ainsi voyons nous s'organiser la dynamique familiale,
et les rouages se gripper sous nos yeux.:

Le père, de structure très rigide, projective, est nettement paranoïaque; il se déprime et rend Yves responsable de tous ses maux.

" c'est la maladie de mon fils qui m'empêche de me reclasser - Qu'a-t-il raconté dans le pays au sujet de son père ? A Genève, il rencontre des garçons de bonne famille qui répètent à leurs pères (peut-être mes futurs employeurs) ses propos Et puis, quand je

me présente pour une place, je ne peux m'empêcher de parler de ça, alors voyez quelle impression je fais ..."

Cette amorce délirante est puissante au point de s'étendre à la mère et à la soeur qui partagent en partie sa conviction - (par la suite, à la sortie de son fils "guéri", le vécu délirant s'accentuera : les policiers le traquent, le poursuivent. On dit partout du mal de lui etc... il dépose des plaintes ...)

Il s'isole sans trouver d'alliés dans sa famille car la mère "récupère" les enfants qui ont toujours eu peur de ce père despotique.

Mme C-, objet de toutes les haines dans le vécu délirant de Yves, rassemble en effet autour d'elle sa couvée où Yves est à la fois avec une totale ambivalence adoré et rejeté.

Yves dira devant un refus de ses parents de le sortir, après l'avoir dans un premier temps réclané :

" ça a toujours été comme ça avec eux : "la douche écossaise, le cochonnet du jeu de boule; ça ne m'étonne pas -
- des cadeaux par devant et par derrière des coups insupportables - comme aujourd'hui, je ne savais pas quoi faire "-

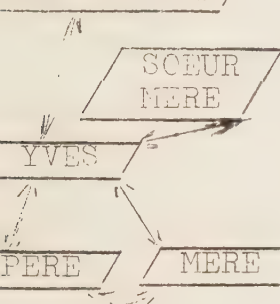
Il est très déséparé devant cette réactivation d'affects traumatisants et constants chez eux, dans les petits faits comme dans les choses plus importantes -

Mme C- cache son rejet derrière celui du père, et sa sollicitude et sa surprotection n'en est que le reflet;

Lors des sorties que nous consentons le dimanche, ils n'osent pas le laisser faire un pas seul, et surtout aller à Genève (faire quoi ... fantasmes de drogue et de mauvaises fréquentations :) véritablement, Yves est le bouc émissaire de ce système familial -

- si le père ne retrouve pas un emploi : c'est à cause de lui -

MERE - PERE /



- sa soeur au cours de ces événements rompt ses fiançailles son fiancé profite en fait de cette occasion pour la lâcher, prétextant qu'il ne veut pas entrer dans une famille aussi perturbée (En fait, son propre père est mort hospitalisé à Bassens, il y a quelques années).

(Elle s'est trop occupée de son frère disent les parents) -

Elle partira ensuite à Paris, fuyant ce système déséquilibré à ses dépens, rejoindre son frère aîné -

Il semble que les autres membres de la famille aient besoin de se lancer de l'un à l'autre Yves, très isolé, pour métaboliser, cristalliser leurs angoisses et leurs multiples frustrations -

- Dans l'ensemble, c'est une famille qui, marquée par des deuils récents et dramatiques, s'est repliée sur elle-même, rompant les contacts avec la famille éloignée et les amis, enfermant ainsi Yves très bouleversé par ces pertes d'objet - il se retrouve dans un cercle agressif et autistique.

ANALYSE DES RELATIONS -

Avec l'observateur -

Aspect transférentiel :

D'emblée, un échange positif peut s'établir avec Mr et Mme C-, en présence ou non de leur fils; à la fin du séjour, ils laissent percer une identification qui

s'inscrit dans le désir d'une fille idéalisée :

" notre fille aurait aimé elle aussi faire médecine, mais sa santé, les études peut-être l'ont rebutée".

Cette tentative d'identification ne va pas sans un essai de phagocytose, d'incorporation du thérapeute, pour faire disparaître la distance soignant-soigné et par là même le symptôme et l'observateur du symptôme-

" Etes-vous originaire de la région parisienne ? il me semble vous connaître

Peut-être pourriez-vous avoir des apuis pour mon mari .."

ESPECT CONTRE TRANSFERENTIEL -

En cours de thérapie, les tentatives de manipulation et d'incorporation se heurtant à une neutralité relative de ma part, ils effectuent une volte-face et demandent à changer de thérapeute et à voir l'instance responsable du service, en la personne du médecin-chef, qu'ils avaient toute latitude de consulter entre les séances de psychothérapie -

- Nous leur laissons toute liberté, mais ils ne mettent pas leur projet à exécution et poursuivent les entretiens avec plus de sérénité, après cette décharge agressive - Nous vivons péniblement ce rejet, et ces mouvements fusionnels, et opposons parfois des attitudes culpabilisantes et des réactions agressives pour diminuer le blocage qui s'élabore au cours de certaines séances -

Avec cette famille particulièrement, nous aurions bénéficié grandement d'un contrôle extérieur à l'institution car l'angoisse face à ces phénomènes multiples d'encerclement était fort difficile à contrôler -

AVEC LE GROUPE INSTITUTIONNEL -

Le groupe soignant, directement agressé par Yves "vous n'êtes pas de mon milieu, je refuse de vivre avec ces vieux et ces gens d'une autre classe", a une certaine peine à maintenir sa neutralité et à rechercher le contact et le dialogue avec lui - toutefois, son vécu délirant et son comportement discordant font pencher l'équipe du côté d'une approche thérapeutique et elle l'aide à affronter cette réalité quotidienne de l'hôpital psychiatrique -

... "oui il y a des vieillards ... tu as peur de ce malade parce que tu lui ressembles un peu ...

Peu avant sa sortie, on lui propose de passer en pavillon plus libre et moderne (il menaçait de fuguer - on tente l'épreuve de la réalité en abrasant les barrières du service fermé) - il accepte, et se trouve dans une équipe soignante malades mixtes.

- Il élabore aussitôt un transfert privilégié sur l'une des infirmières qui, avec neutralité, accepte son déferlement verbal -

- la nouvelle équipe soignante très gratifiée, bénéficie donc d'une phase d'amélioration importante, et reçoit les marques de reconnaissance de ce garçon qui rétablit ses communications. :

- cuisinier, il fait chaque jour la pâtisserie pour le pavillon -

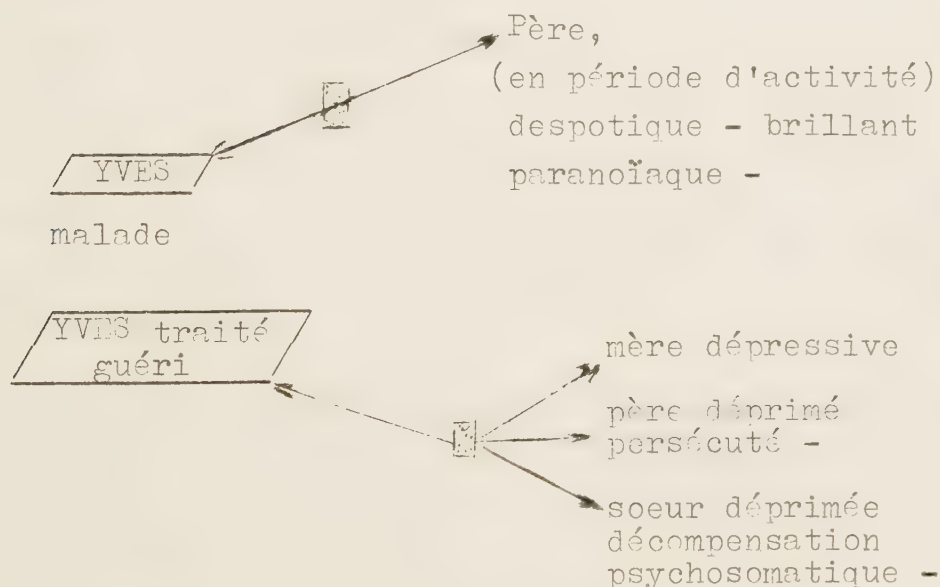
- il se remet à la peinture qui toujours sur un mode symbolique, exprime l'élan vers la vie

" J'ai fait l'arbre de vie, dans lequel nous nous réincarnons après la mort - Tous ces éléments marchent par trois - (j'aime les triangles aussi) Je ne sais pourquoi - cela m'est nécessaire; ainsi toujours ma signature est entourée de 3 points - (symbole d'une approche de la triangulation oedipienne).

La relation avec le groupe est donc bonne, et de par sa brièveté (3 semaines) il n'aura pas d'énormes difficultés à se désintriquer de ce malade -

CONCLUSIONS THERAPEUTIQUES -

Nous avons pu constater dans ce cas très caractéristique et extrême la balance dans la dynamique familiale où, à une amélioration de l'un des membres, correspond une phase de compensation de l'autre :



et nous pensons que par un engagement psychothérapique personnel, en particulier pour le père, et collectif, le "fléau" sera stabilisé -

En post-cure, nous recevons la demande du père, par l'intermédiaire de sa femme, d'une orientation vers un psychiatre privé -

- Un autre impact de notre essai thérapeutique aura été de lutter contre l'ambivalence interne au noyau psychotique de Yves, et externe en la personne des parents, par une prise de conscience minime de leur rejet (leur rigidité et leur fragilité nous a invité à la prudence dans ce domaine) compensé par des périodes "sur-aimantes" et aussi néfastes.

- Plus particulièrement avec Yves s'ouvre une voie d'ancrage dans laréalité, à laquelle il faut le ramener sans cesse -

- Ainsi, conseillons-nous au groupe familial de consulter ensemble le notaire, pour ce problème d'héritage -

- de reprendre son travail de cuisinier à Genève en sortant

- de retrouver ses amis (groupe assez hippie d'après ses descriptions, dans ses aspirations au bien, au beau, à l'unité, mais assez réaliste - tous travaillent dans des banques et divers bureaux).

- A accepter un traitement neuroleptique minime malgré ses fantasmes persistants contre le médicament - "sorte de drogue" "transformant mon cerveau" - Peut-être tératogène ?
qui nourrant "l'aide" -

- C H A P I T R E I I I -

=====

I - POURQUOI LA FAMILLE =====

Nous avons parlé jusque là de la famille, comme si implicitement nous savions ce que cela signifiait. En réalité, plus on cherche à définir ce concept, plus on rencontre de difficultés à saisir au-delà des apparences, la véritable dynamique familiale qui régit ce groupe, par rapport à d'autres groupes, et les familles entre-elles.

D'une façon assez banale, le groupe familial est l'unité fonctionnelle regroupant des individus unis par les liens du sang, ou le jeu des alliances. Cette famille réelle peut-être réduite du noyau restreint du Père, de la Mère et de l'enfant, ou à un noyau plus large, comprenant la fratrie, oncles et tantes, amis - Dans une famille, chaque membre a une personnalité bien définie qui caractérise l'ensemble, ainsi qu'un système relationnel qui préside aux interactions des membres de ce groupe, système propre dans lequel chacun des membres se reconnaît; ainsi, on adopte tel mode de vie dans telle famille, tel style de communication, etc...

Cette "famille réelle" et apparente est vécue de façon unique en chacun des membres la constituant; les parents, les relations entre les parents, les frères et soeurs sont intégrés, intériorisés en tant qu'objets d'amour ou de conflit. Cette "famille intériorisée" dit LAING (Politique de la famille), "c'est-à-dire la famille en tant que structure fantasmatique, entraîne entre les membres du groupe familial un type de rapports différents des rapports existant entre ceux qui n'ont pas en commun cette famille intériorisée"...
"c'est un système d'espace-temps - ce qui est intériorisé comme proche, ou lointain, ensemble ou séparé, ce ne sont pas seulement les rapports spatiaux - il existe toujours une séquence temporelle-"

Dans toutes ces observations, nous avons pu observer le malade dans son contexte familial, et nous rendre compte combien leur système relationnel était monolithique, rigide, noméostasique, sans grandes communications avec l'extérieur préservant ainsi le noyau familial -

Nous avons pu remarquer que la famille pouvait plus ou moins consciemment entretenir le schizophrène dans sa maladie, pour en retirer des bénéfices secondaires inconscients; le schizophrène joue en quelque sorte un rôle équilibrant dans un système pathologique (bouc émissaire, objet passif et manipulable etc...) Et dans bien des exemples, le "malade officiel" nous est présenté par des membres de la famille qui bénéficieraient eux aussi d'une approche psychothérapique -

Si la pathologie familiale paraît plus nette dans la schizophrénie, elle ne lui est pas propre : dans bien d'autres domaines de la psychiatrie, nous rencontrons ces troubles relationnels de la dynamique familiale - En psychiatrie infantile, nous en voyons des éléments démonstratifs, car les troubles présentés par l'enfant sont souvent en relation directe avec les conflits parentaux :

ainsi, un enfant réagira de façon caractéristique à une frustration affective, si un déséquilibre parental s'instaure; chez un autre enfant, une anorexie mentale sera une conséquence directe d'une perturbation de la relation mère-enfant, dans ses aspects d'identification et de dépendance.

- Quant à la médecine psycho-somatique, nous pouvons multiplier les exemples d'ulcères, de colites, d'asthme, d'eczémas, déclenchés et entretenus par des situations familiales difficiles et "nouées".

Mais peut-on trancher, qui est responsable, le malade ou la famille ? -

En fait, deux hypothèses peuvent se réunir, pour approcher de plus près la réalité de la psychose :

- dans une première hypothèse, le malade est le point de cristallisation des conflits familiaux, remontant parfois à quatre ou cinq générations; trop fragile, malade, il se soumet inconsciemment aux manipulations de son entourage -
- dans une deuxième hypothèse, le malade psychotique projette avec violence ses tendances et représentations inconscientes sur son milieu, et on pourra observer, agis à un niveau social les conflits dramatiques qui l'agitent - (nous avons en particulier développé ce mouvement projectif du psychotique dans ses relations avec l'institution).

Dans ce cas, c'est le malade qui manoeuvre avec une subtilité toute inconsciente son entourage. Dans la pratique, nous pouvons en effet vérifier ces deux hypothèses, un balancement entre ces deux pôles où, tantôt le malade, tantôt la famille, joue le rôle de marionnette -

Il nous faut à ce propos approfondir un mécanisme psychique prépondérant dans l'organisation du psychotique : Une partie de lui est transposée au dedans de l'autre ou des autres, ce qui entraîne une hémorragie narcissique considérable pour lui, et le plus souvent une intolérance réactionnelle chez celui qui reçoit ces "morceaux", si bien que l'on ne sait

plus "qui est à qui et quoi est à qui" - c'est ce que les Psychanalystes Kleinieniens appellent le "mécanisme d'identification projective".

De cette tendance à l'identification massive couplée à la projection, découle la nécessité d'engager une thérapeutique familiale et institutionnelle, dans une perspective dynamique, car un mouvement lancé dans ce système en réseau familial entraîne une multitude de réactions complexes, à tous les niveaux, et souvent imprévisibles - (nous avons pu l'observer nettement dans le cas de la famille C et M).

La communication dans ce système en réseau que constitue l'entourage du schizophrène comporte de nombreux relais - on peut parler de type de "relation médiatisée"

" Nous croyons que le relais par la grande fréquence, par la puissance et par les caractéristiques de son emploi, représente une propriété des relations psychotiques" -

P.C. RACAMIER

Inf. Psychiatrique 1971 -

Donc, s'établiront des circuits multiples et réversibles entre le malade, ses parents et le thérapeute; ces circuits, ouverts et occultes, nous devons les mettre au grand jour et tenter de les mettre au service de notre entreprise thérapeutique - Ainsi, le malade parle le plus souvent par personne interposée, et quand il agit d'une certaine manière avec le thérapeute, c'est parfois à ses parents qu'il s'adresse. Mais il n'est pas le seul à s'exprimer par des intermédiaires, et nous projetons parfois sur la famille du malade, nos propres agissements à l'égard de notre famille - (D'où nos mouvements contre-transférentiels inévitables, dans la mesure où nous

n'avons pas de contrôle personnel extérieur) -

De même que l'organisation psychique puise son énergie dans le narcissisme et les forces pulsionnelles, ainsi ce système en réseau, à circuit médiatisé qui permet l'aménagement des relations du psychotique, fonctionne-t-il grâce à l'énergie narcissique développée dans et entre les personnes.

Aborder et parler des familles est une difficulté certaine, car nous l'avons dit précédemment, on parle à bas - bruit de sa propre famille - A plus forte raison, aborder ces familles où naît la psychose, aux puissances obscures et diffluantes, est parfois effrayant - on assiste alors à deux mouvements de défense :

- isoler la maladie et porter ses efforts sur la "folie", sur la maladie,
- ou diffuser la conception de la psychose dans le champ familial et social, et voir la folie partout -

dans l'un comme dans l'autre, on risque de scotomiser certains aspects de la maladie mentale et de grêver, maladroitement, l'effort thérapeutique. Mais il faut bien considérer que les familles, placées par le déterminisme de la vie dans des situations conflictuelles, engendrent elles aussi leurs propres conflits, exacerbés à l'occasion du traitement de leur enfant psychotique - Cette situation même ne fait que fixer leurs conflits anciens, et les répéter dans ce qu'ils ont de plus douloureux et de plus vicié -

Ce sont quelques-unes de ces raisons qui nous ont fait opter pour une thérapeutique du psychotique, en relation avec

sa famille, celle-ci étant le plus souvent maintenue dans une situation de dépendance et de passivité totale par rapport à l'institution.

DYNAMIQUE PARENTALE DANS LA 1ère ETAPE DE LA MALADIE TRAITEE
EN MILIEU INSTITUTIONNEL -

Les premiers contacts avec le malade, comme avec les parents sont importants, et dès ce moment, leur engagement aux dispositions thérapeutiques est à recueillir, pour leur permettre de mieux connaître la psychose de leur enfant, l'admettre, puis l'assumer - De cette attitude, ils peuvent en retirer initialement un soulagement énorme, qui ne les dispensera pas d'une participation active, dans la mesure de leurs moyens, car ils ont parfois tendance à se débarrasser de leur fardeau qu'est leur malade- mais ce soulagement est teinté pour certaines familles, d'un sentiment d'humiliation, humiliation d'exposer aux yeux de tous leur échec -

Il est important de présenter notre relation avec les parents, comme une entreprise longue, difficile, à l'égal d'un travail laborieux et de leur montrer tout notre intérêt pour leur malade et pour eux-mêmes, afin qu'ils se sentent revalorisés et compris.

- le grand écueil à éviter est de fouiller, dans ces premières prises de contact, de façon trop agressive ou culpabilisante, ou encore, d'être trop libérale, ce qui aurait pour résultat la rupture ou la fuite.

Ce travail thérapeutique, il faut qu'ils le voient en participants aux réunions de groupe, où ils découvriront un

aspect différent de leur malade et pourront tenter de modifier leurs réactions (surprotection ou rejet).

Le régime narcissique des parents est à contrôler et à orienter pour obtenir une relation plus satisfaisante - il nous faut pour cela :

- a)- éviter de nous laisser investir du symbole de toute puissance, car ce piédestal ne nous est offert que pour nous faire descendre de plus haut, à la première stagnation ou au premier échec de la relation thérapeutique -
- b)- désamorcer les mouvements de culpabilité trop intenses, d'auto-accusation pour limiter les tendances masochistes et éviter d'entretenir ce cercle vicieux -
- c)- éviter toute interprétation même simple, qui serait transformée en blessure imparable, dans leur narcissisme avivé -

Dans bien des cas, la relation avec les parents ne pourra s'effectuer que par des médiateurs : avec la famille M, et la famille U, deux infirmiers ont pu bénéfiquement jouer ce rôle, et leur permettre de s'identifier à eux, et d'adopter leur attitude vis-à-vis de leur enfant.

Un point charnière nous semble particulièrement délicat à aborder dans la dynamique des relations parents - malades - institution : c'est celui où le malade s'améliore et émerge à la réalité.

Cette période remet en cause les vieux équilibres familiaux établis aux dépends du malade, et nous voyons apparaître des

résistances énormes chez les parents, à reconnaître que leur enfant va mieux (par exemple, dans le cas de Yves C- au moment où ce jeune homme était parvenu à critiquer ses phénomènes délirants, et tentait de rationaliser concrètement ses problèmes d'héritage, les parents persistaient à le voir plus délirant que jamais. Parlait-il de ses aspirations au bonheur, à vivre en communauté, il délirait encore) -

- c'est la perte des bénéfices secondaires inconscients tirés de la maladie qui explique ces réactions chez les parents - Ce "moment charnière" est une étape où le malade est encore fragile, dans son accession au réel, et où les parents surtout sont fragiles, désarmés, et dans la nécessité de remanier leur dynamique. Leurs résistances sont nombreuses et cachées et doivent être notées avec attention pour ne pas laisser prise aux manœuvres scissionnelles. Il nous faut donc les ménager, les éclairer, continuer à les faire participer à la thérapie, sinon la rupture peut-être imminente - Alors, ils se dépriment, mettent tout en oeuvre pour compromettre la guérison, ou tentent de récupérer leur malade - (La dépression de M. C-, père de Yves, celle de Mme M- ont bien failli compromettre tout le bénéfice thérapeutique acquis).

Petit à petit, nous tentons de parvenir au point d'autonomie souhaitable pour le malade, réhabilité en tant que personne dans son entourage, si les parents englobés dans le processus thérapeutique parviennent à renoncer à leur enfant en tant qu'objet narcissique.

II - De la nécessité de la continuité des soins psychiatriques -

Si nous avons mis l'accent dans le premier chapitre sur l'importance de l'institution dans le traitement du psychotique à la phase aiguë de la maladie, nous devons donner la prépondé-

rance dans la période qui fait suite à la guérison en milieu hospitalier aux soins extérieurs; c'est là que nous affrontons la difficile articulation 'institution - famille - secteur.'

La prise de conscience de l'aspect relationnel de la maladie mentale a historiquement amené les organisations psychiatriques à soigner les malades en tenant compte de leur environnement. La nécessité d'un travail d'équipe est apparu pour promouvoir une action thérapeutique s'étendant à toute la famille.

- cette perspective de soin se trouve codifiée dans les principes de la politique de secteur, dans la circulaire du 15 Mars 1960, organisant l'équipement en matière de lutte contre la maladie mentale - (la sectorisation fonctionnait déjà en Savoie depuis les années 1957-58).

Le secteur est donc défini par un découpage géographique et démographique (environ soixante dix mille habitants) et surtout par l'existence d'une équipe coordonnée et stable, constituée par des Médecins, Infirmiers-visiteurs, Assistantes Sociales, Psychologues; cette équipe suivra le malade au cours de sa vie, dans son propre milieu; ces dispositions impliquent la nécessité de formations de soins différentes de l'Hôpital Psychiatrique ("l'Asile sort de ses murs"), et la création de dispensaires, centres de rééducation, ateliers protégés, consultations d'hygiène mentale; elles entraînent aussi un assouplissement considérable des structures hospitalières, sous la forme d'hôpital de jour, hôpital de nuit.

La sectorisation ainsi conçue s'avère particulièrement adaptée au traitement des psychotiques :

- a)- elle s'oppose dans son option communautaire, dans sa continuité et sa disponibilité à leur tendance à

l'isolement et à la rupture sociale, à la dissociation -

b)- la relation personnalisée toujours possible dans une équipe cohérente s'oppose à la dépersonnalisation menaçante pour eux -

c)- face à l'expression du psychotique, peu verbalisée et plutôt "agie", les équipes de secteur (Infirmiers visiteurs, Assistantes Sociales ou Médecins) sont prêtes à entrer en relation avec les milieux professionnels ou familiaux où se manifestent tensions et "acting out" -

On peut considérer actuellement que près d'un tiers des malades suivis dans les structures sectorielles sont des psychotiques, et leur permettent ainsi de mener une vie quasi normale -

III - Pour conclure ce travail,

Il nous semble que les problèmes abordés lors d'une première rencontre avec le malade et sa famille ne sont pas spécifiques à cette première phase de la maladie, et isolés : ils profilent dans un flash toutes les futures difficultés du traitement des psychoses - Même la phase de désinvestissement du malade et de sa famille par le groupe soignant et le thérapeute est assumée :

en I mois d'hospitalisation, des liens réciproques se sont tissés, et il nous faut les détendre pour désirer et accepter la sortie lorsque l'amélioration se réalise, et "oser" remettre le malade entre les mains des vrais parents, tant est grande et facile la tendance des soignants à se substituer comme "bons

parents" en opposition aux "mauvais parents réels" -

- Nous n'avons pas réalisé dans l'approche de ces cinq familles tant leur psychothérapie qu'une répartition des forces dynamiques guidant leurs relations, et une inclination de leur énergie narcissique dans le sens d'une restitution du malade comme "personne" - Dans ce premier temps thérapeutique, la prépondérance a été donnée à la médiatisation 'famille - institution - malade'; cette étape est nécessaire, mais il faut poursuivre avec patience ce laborieux travail.
- Dans les cinq cas relatés, nous voyons une évolution relativement favorable, mais nous avons eu à rencontrer d'autres parents de jeunes schizophrènes, avec qui il y a eu rupture et incompréhension dès le départ, tant leurs résistances étaient importantes, dans leur perception inconsciente du danger que représente pour une famille l'incursion thérapeutique (ceci hélas aux dépends de leur malade) -

D'autres fois, d'heureuses surprises peuvent être constatées, et à un refus de la participation des parents au traitement de leur enfant, succède une adhésion thérapeutique véritable.

- La psychothérapie familiale peut présenter un certain nombre de dangers, surtout si elle ne s'effectue pas dans un travail de groupe - Les Psychiatres d'enfants plus spécialement hésitent à engager un tel processus : on bouleverse une dynamique familiale, sans être sûr de pouvoir maîtriser tous les mouvements et d'éviter de graves décompensations sur un mode dépressif, dissociatif, anxieux ou psycho-somatique.

Ces indications ne doivent pas être abusives, et elles ne représentent qu'un aspect des traitements spécifiques

appliqués aux maladies mentales et une tentative de maîtrise et d'organisation de notre champ thérapeutique avec toutes les inévitables limites et insuffisances qu'elle peut comporter.

C O N C L U S I O N S

=====

Nous nous sommes placés pour ce travail dans l'optique familiale de la psychiatrie.

Nous avons étudié plus particulièrement les modifications de l'équilibre dynamique familial dans les contacts avec le milieu institutionnel, à l'occasion d'une première hospitalisation de l'un des membres de la famille présentant une psychose schizophrénique -

Grâce à l'appui d'une technique psychothérapique des psychoses et de leur famille dont nous développons la méthodologie,

- Nous situons dans une première partie les interactions développées entre le malade psychotique et l'institution -
- Nous étudions ensuite à propos de 5 schizophrènes et de leur famille à l'occasion de la première rencontre avec l'institution,

1°) les systèmes relationnels entre
les membres de la famille -

2°) les mouvements relationnels naissants :

- au cours de la phase d'engagement thérapeutique
- tout au long du traitement, en soulignant l'importance du "transfert institutionnel" et des aspects contre-transférentiels dans la triangulation : malade / famille / institution.

3°) enfin, les problèmes thérapeutiques posés par les membres du groupe familial et par le malade, et les solutions psychothérapeutiques possibles.

Dans un dernier chapitre, nous mettons l'accent :

- I- sur l'aspect primordial du traitement des psychotiques en corrélation avec leur famille, tout en respectant la dimension individuelle de la psychose -
- 2- sur l'importance et la nécessité de la prise en charge des psychotiques, à la phase aiguë, par l'institution, prolongée par la suite d'une évolution favorable sous les formes multiples de la prise en charge sectorielle -

B I B L I O G R A P H I E

=====

- GILBERT DURANT " Les structures anthropologiques de
" l'imaginaire"- PUF 1963 -
- D.J. GEACHAN " Psychothérapie des psychoses en milieu
institutionnel"
Information psychiatrique -
Juin 1970
- JACQUES HOCHMANN " Pour une psychiatrie communautaire"
Ed. du Seuil 1971
- MELANIE KLEIN " Essais de Psychanalyse" (1921-1945)
Payot 1968
- R.D. LAING " La politique de la famille"
Stock - Janv. 72
- J. PELLET " Psychiatrie familiale"
A propos de cinq observations en milieu
ouvert -
Thèse Lyon 1966
- P.C. RACAMIER " Le Psychanalyste sans divant"
Payot 1970
- P.C. RACAMIER " Une approche des familles de psychotiques
dans l'expérience institutionnelle psy-
chothérapique"
Information psychiatrique - Nov. 1971
